

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

THESE

N°

868

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ÉTAT)

PAR

Mouley Ahmed MERIOUA

Né le 16 Juin 1924, à Alger.

Présentée et soutenue publiquement le **11 JUIN 1949** 19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE L'ULCERE GASTRODUODENAL
A EVOLUTION D'EMBLEE SEVERE
ET D'UNE SEULE TENUE

Président : M. F. DE GAUDART D'ALLAINES, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1949

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

Nom du Candidat : MERIOUA.

Prénoms : Mouley-Ahmed.

Date de soutenance :

Numéro d'ordre

(Ces deux mentions seront complétées par le Service de la Bibliothèque).

MERIOUA (Mouley-Ahmed). - Contribution à l'étude de l'ulcère gastroduodénal à évolution d'emblée sévère et d'une seule tenue. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 107 p., 9 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

MERIOUA (Mouley-Ahmed). - Contribution à l'étude de l'ulcère gastroduodénal à évolution d'emblée sévère et d'une seule tenue. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 107 p., 9 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

MERIOUA (Mouley-Ahmed). - Contribution à l'étude de l'ulcère gastroduodénal à évolution d'emblée sévère et d'une seule tenue. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 107 p., 9 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

MERIOUA (Mouley-Ahmed). - Contribution à l'étude de l'ulcère gastroduodénal à évolution d'emblée sévère et d'une seule tenue. — Paris, Imp. R. Foulon, 1949, in-8°, 107 p., 9 fig.

(Thèse Médec. (Etat), Paris 1949, N°).

FACULTE DE MEDECINE DE PARIS

ANNÉE 1949

THESE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(DIPLOME D'ETAT)

PAR

Mouley Ahmed MERIOUA

Né le 16 Juin 1924, à Alger.

Présentée et soutenue publiquement le 19..

CONTRIBUTION A L'ETUDE
DE L'ULCERE GASTRODUODENAL
A EVOLUTION D'EMBLEE SEVERE
ET D'UNE SEULE TENUE

Président : M. F. DE GAUDART D'ALLAINES, Professeur.

PARIS
IMPRIMERIE R. FOULON
29, RUE DEPARCIEUX, 29
1949

DOYENS HONORAIRES :

MM. Balthazard, Baudouin

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. Aubertin, Balthazard, Basset, Baudouin, Brindeau, E. Brumpt, Carnot, Chevassu, Chiray, Clerc, Delbet, Guillain, Hartmann, Heitz-Boyer, Laignel-Lavastine, Laubry, Lemierre, Lhermitte, Loeper, Marion, Mathieu, Mulon, Ombredanne, Rouvière, Sannié, Sébilleau, Sézary, Tanon.

DOYEN. Léon BINET
Membre de l'Institut

ASSESEUR Jean VERNE

I. — PROFESSEURS

MM.

Anatomie.	OLIVIER (E.)
Anatomie pathologique.	LEROUX (R.)
Assistance Médico-Sociale	N...
Bactériologie	GASTINEL (P.)
Biologie médicale.	VERNE (J.)
Chimie médicale	POLONOVSKI (M.)
Clinique de cardiologie	DONZELOT (E.)
Cliniques chirurgicales	BROCQ (P.)
	CADENAT (F.-M.)
	MONDOR (H.)
	QUENU (J.)
	N...
Clinique chirurgicale infantile et d'orthopédie ..	MERLE D'AUBIGNE (R.)
Clinique chirurgicale orthopédique	MOCQUOT (P.)
Clinique gynécologique	GOUGEROT (H.)
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..	DEBRE (R.)
Clinique des maladies des enfants	MOLLARET (P.)
Clinique des maladies infectieuses	DELAY (J.)
Clinique des maladies mentales et de l'encéphale .	CHEVALLIER (P.)
Clinique des maladies du sang	ALAJOUANINE (T.)
Clinique des maladies du système nerveux	BENARD (H.)
Cliniques médicales	LAROCHE (G.)
	HARVIER (P.)
	LIAN (C.)
Clinique médicale propédeutique	PASTEUR VALLERY-RADOT (L.)
Clinique de Neuro-chirurgie	PETIT-DUTAILLIS (D.)
Cliniques obstétricales	LANTUEJOUL (P.)
	LEVY-SOLAL (E.)
	PORTES (L.)
Clinique ophtalmologique	VELTER (E.)
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE (F.)
Clinique physio-pathologique des problèmes alimen- taires (<i>chaire-à titre personnel</i>)	RICHET (C.)
Clinique psychiatrique infantile	HEUYER (C.)
Clinique de puériculture	LELONG (M.)
Clinique stomatologique	DECHAUME (M.)
Clinique thérapeutique chirurgicale	SENEQUE (J.)
Clinique thérapeutique médicale	CHABROL (E.)
Clinique de la Tuberculose	BERNARD (E.)
Clinique urologique	FEY (B.)
Embryologie	GIROUD (A.)
Histoire de la médecine et de la chirurgie	BARIETY (M.)
Histologie	CHAMPY (C.)
Hydrologie thérapeutique et climatologie	JUSTIN-BESANÇON (L.)
Hygiène et clinique de la première enfance	CATHALA (J.)
Hygiène et médecine préventive	JOANNON (G.)
Médecine du Travail	DESOILLE (H.)
Médecine légale	PIEDELIEVRE (R.)

Parasitologie et histoire naturelle médicale	MM. GALLIARD (H.)
Pathologie chirurgicale	DE GAUDART D'ALLAINES (F.)
Pathologie exotique	LAVIER (G.)
Pathologie expérimentale et comparée	LEMAIRE (A.)
Pathologie médicale.	MOREAU (R.)
Pathologie et thérapeutique générales	DE GENNES (L.)
Pharmacologie et matière médicale	HAZARD (R.)
Physiologie.	BINET (L.)
Physique médicale	STROHL (A.)
Radiologie médicale	DESGREZ (H.)
Rhumatologie.	COSTE (F.)
Technique chirurgicale	MOULONGUET (P.)
Thérapeutique	TURPIN (R.)

PROFESSEURS SANS CHAIRE :

MM. BULLIARD (*Histologie*), CORDIER (*Anatomie*), DOGNON (*Physique médicale*), HALPHEN (O. R. L.), JAYLE M. (*Chimie médicale*),
 • Mile J. LEVY (*Pharmacologie*).

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.		MM.
Anatomie.	{ N... DELMAS. N. ff DEBEYRE.	Pathologie chirurgicale. { PADOVANI. PATEL. ROUX. RUDLER. SICARD. N...
Anatomie pathologique .	{ DELARUE Mlle GAUTHIER-VILLARS.	Pathologie expérimentale. MERKLEN.
Bactériologie. .	{ BONNET. FASQUELLE.	{ BROUET. CACHERA. DECOURT. DREYFUS (Gilbert). FAUVERT. GARCIN. HAMBURGER. KOURILSKY. LAMY. LENEGRE. MARCHAL. MAURIC. SOULIE.
Biochimie méd.	{ ETTORI. SCHAPIRA.	Pathologie médicale . .
Dermato-syphillographie .	DEGOS.	{ LAPLANE. MARIE (Julien).
Histologie	{ COUJARD. DESCLAUX.	Pharmacologie .
Hydrologie	DEBRAY.	{ CHEYMOL. BARGETON. PARROT.
Hygiène	{ BOYER. DEPARIS.	Physiologie ...
Médecine légale	DEROBERT.	Physique médicale
Neuro-chirurgie	PUECH.	DJOURNO.
Neurologie ...	DE SEZE.	Psychiatrie ...
Obstétrique ...	{ DIGONNET. MAYER. SUREAU. VARANGOT.	Thérapeutique
Ophthalmologie .	OFFRET.	Agr. ch. d'ens. .
Oto-rhino-laryngologie .	AUBIN.	BROUET.
Parasitologie ..	BRUMPT L-G.	Urologie
Pathologie chirurgicale. .	{ FEVRE. HUGUIER. LEGER.	COUVELAIRE R.

III. — PROFESSEURS HONORAIRES ET AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE POUR LE SERVICE DES EXAMENS

MM. BASSET (*Pathologie chirurgicale*), BRINDEAU (*Obstétrique*),
GATELLIER (*Clinique chirurgicale*), HUGUENIN (*Anatomie pathologique*),
LE LORIER (*Obstétrique*), VAUDESCAL (*Obstétrique*).

IV. — PROFESSEURS SANS CHAIRE ET AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE à titre permanent.

MM.		MM.	
Clinique chirurgicale	{	Clinique obstétricale	{
Clinique médicale	{	Clinique ophtalmologique	RENARD.

MM.

Secrétaire de la Faculté J. MOREL.
Secrétaire-adjoint Mlle CHAINTREUIL.

Bibliothécaire en Chef .. D^r A HAHN.
Bibliothécaires Mlles DUMAITRE, GOICHON, LAURENT.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MA MERE

A MON PERE

A MONSIEUR DE GAUDART D'ALLAINES

Professeur de la Chaire de Pathologie Chirurgicale
à la Faculté de Médecine de Paris
Chirurgien des Hôpitaux
Officier de la Légion d'Honneur
Membre de l'Académie de Chirurgie

*Qui nous a fait l'honneur d'ac-
cepter la présidence de cette thèse.*

*En témoignage de notre respec-
tueuse reconnaissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR PAUL CHENE

Gastro-Entérologue de l'Institut du Cancer
Médecin de l'Hôpital Léopold Bellan

A MONSIEUR LE DOCTEUR JEAN-LOUIS LORTAT-JACOB

Chirurgien des Hôpitaux de Paris
Chirurgien-Chef de l'Hôpital Léopold Bellan

C'est de leur collaboration réciproque que j'ai retiré l'idée et les éléments de cette thèse.

C'est à leur contact qu'est née en moi la vocation de l'étude de la pathologie digestive.

C'est à leur enseignement que je dois le meilleur de ma formation en gastro-entérologie médico-chirurgicale.

Qu'ils trouvent ici le témoignage de ma profonde gratitude.

Préambule

Au cours de notre internat à l'hôpital Léopold Bellan dans le service de chirurgie digestive du Docteur Jean-Louis LORTAT-JACOB et à la consultation de gastroentérologie du Docteur Paul CHÊNE, il nous a été donné d'observer parmi un grand nombre de malades porteurs d'ulcères gastroduodénaux à symptomatologie évolutive typique, quelques cas d'ulcères évoluant d'emblée d'une manière sévère et d'une seule tenue.

A propos de ce processus évolutif ulcéreux particulier, la littérature gastroentérologique que nous avons dû analyser nous a montré l'individualisation nette par JACQUELIN et GANDY d'un type d' « ulcères térébrants à évolution continue et rapide sur l'estomac ou le duodénum ».

R.-A. GUTTMANN considère ces formes comme une première poussée impressionnante d'ulcères gastroduodénaux ordinaires.

Nous avons donc dû chercher dans la liste de nos cas et de ceux publiés dans la littérature, des arguments en faveur de l'une ou l'autre thèse.

Nous devons remercier Messieurs les Docteurs Jean-Louis LORTAT-JACOB et Paul CHÊNE de leur direction au cours de notre travail et avec eux Messieurs les Docteurs BONCOUR, VANBOCKSTAEL, BONDUELI, LIBARELLI et MULLER de leurs observations qui nous fournissent les bases de cette thèse.

Nous ne nous dissimulons pas tout ce qu'il y a de délicat dans la distinction de cette forme clinique

d' « ulcère à évolution d'emblée sévère et d'une seule tenue », mais la pratique gastroentérologique nous paraît la légitimer en raison des problèmes spéciaux parfois angoissants qui se posent aux médecins et aux chirurgiens.

Introduction

I. — BUT : ETUDE DE CERTAINES FORMES D'ULCERE GASTRODUODENAL A EVOLUTION PARTICULIERE

Dans la coordination de toutes les activités collaborant au soulagement de la maladie, la clinique, par son interrogatoire minutieux et son examen somatique méthodique, occupe une place toujours majeure dans une bonne médecine.

En matière de maladie ulcéreuse, les travaux gastroentérologiques modernes, édifiant un tableau symptomatique précis, ont caractérisé les formes typiques et fixé les frontières de leur diagnostic différentiel dans le cadre des syndromes douloureux de la région épigastrique et ont aidé le médecin à l'affirmation presque automatique du diagnostic dans ces formes typiques, malgré les similitudes séméiologiques entre l'ulcus, les dyspepsies, la lithiase biliaire et le cancer. Cependant, les différences du pronostic et des conduites thérapeutiques résultant de l'établissement du diagnostic de chacune de ces affections obligent le médecin à ne pas en méconnaître les formes atypiques.

Certes, la maladie ulcéreuse a une expression clinique cyclique, (« un génie évolutif », suivant l'expression de LAMBLING), telle que son tableau schématique peut servir de fil conducteur, lorsqu'il s'agit d'élucider un syndrome douloureux de la région épigastrique.

Devant un tel syndrome, l'hypothèse d'ulcus, tou-

jours présente à l'esprit du clinicien, ne s'estompe que si la maladie ulcéreuse offre un aspect atypique dans son caractère essentiel : l'évolution.

C'est le but de ce travail d'attirer l'attention sur ces formes de l'ulcère gastroduodénal à évolution anormale.

II. — INTERET DE L'ETUDE DE CES FORMES

— LEURS PARTICULARITÉS CLINIQUES

— LEUR FRÉQUENCE ACTUELLE

L'intérêt de l'étude de ces formes, outre la fixation de leurs particularités cliniques contribuant à l'évidente nécessité de la précision du diagnostic, réside dans la délicatesse d'indication de la conduite à adopter à leur égard posant un problème souvent angoissant et dans l'augmentation de leur fréquence, ce qui leur donne une place non négligeable dans l'étude en général de la maladie ulcéreuse.

Dégagé par les modernes des descriptions évolutives périmées, mieux schématisé, l'ulcus a pris avec netteté la place qui lui revenait au sein de la pathologie digestive : la plus grande !

Les études statistiques ont pu, dès lors, mieux le discriminer, puis mieux connaître les modifications qualitatives et quantitatives dues aux bouleversements provoqués par la guerre et les régimes alimentaires déséquilibrés et restrictifs dans cette maladie propre aux « civilisés », à l'hygiène digestive déjà défectueuse en temps de paix et d'abondance, *a fortiori* en période de conflits mondiaux.

Les changements enregistrés dans la manière dont s'offre actuellement à l'observation l'ulcère gastroduodénal, sont résumés avec netteté dans un paragraphe de la conférence faite le 5 mars 1947 à la Faculté de

Médecine de Paris, par LAMBLING, que nous citerons volontiers :

« Avant 1939, écrit cet auteur, la maladie ulcéreuse apparaissait comme très spéciale à l'homme (83 % des cas) et au bulbe duodénal (81 % des cas).

» C'était en outre une affection des individus jeunes, aux alentours de la quarantaine. Ces données semblaient se présenter alors comme une constante biologique propre à la maladie. Or, entre 1940 et 1943, les cas d'ulcères se multiplièrent suivant le rapport de 1 à 5 et à cette modification quantitative s'ajoute une transformation de ce que nous considérons jusque-là comme les caractéristiques anatomiques et étiologiques de la maladie. Au lieu de réserver plus des 4/5^e de ses cas au sexe masculin, elle ne toucha plus que deux hommes pour une femme. Sur le plan topographique, le renversement de la situation fut encore plus flagrant; alors qu'avant la guerre pour un ulcère gastrique on comptait plus de quatre ulcères du bulbe, on nota, en 1942, trois localisations sur l'estomac pour deux localisations sur le duodénum, et cet ulcère gastrique, particulièrement étendu, frappait plus volontiers les sujets âgés, spécialement les femmes ayant largement dépassé la cinquantaine et même la soixantaine. Ainsi est-on amené à reconnaître à l'ulcère une double expression évolutive : une variété quiescente où prédominent les localisations sur le bulbe et chez l'homme jeune, et une variété évolutive proprement dite où l'extension de la maladie est non seulement quantitative, mais également qualitative, inversant presque le schéma habituel : fréquence relative chez l'homme et chez les sujets âgés, fréquence absolue de l'ulcère gastrique... ».

Ainsi le nombre de cas d'ulcères siégeant sur l'estomac et survenant à un âge avancé semble en croissance.

Précisément, les formes qui nous intéressent se voient le plus souvent sur cette localisation et à ce stade de la vie.

L'individualisation nette d'un tableau clinique de la maladie ulcéreuse typique impose la même préoccupation de précision dans l'étude des formes qui s'éloignent de ce schéma.

Pour bien comprendre leur place par rapport aux formes typiques, afin d'en esquisser les points distinctifs essentiels, il nous semble nécessaire : de brosser à grands traits le tableau clinique habituel tel que nous le concevons aujourd'hui.

La définition, au sein des aspects qui se détachent de ce schéma, de ceux qui nous occupent en découlera, et partant leur étude, illustrée d'une revue des idées les concernant et de quelques observations cliniques, avec les conséquences qu'elle entraîne dans la conduite qui s'impose à leur égard.

CHAPITRE I

Place des formes qui nous occupent par rapport : à l'ulcus gastroduodénal typique et à ses principales variantes cliniques

I. — EDIFICATION CHRONOLOGIQUE ET DESCRIPTION DE LA CONCEPTION DU TABLEAU CLINIQUE HABITUEL D'ULCUS

Depuis les premières descriptions de l'ulcus gastrique, d'une part avec CRUVEILHIER, BRINTON, DIEULAFOY et REICHMANN, et de l'ulcus duodénal d'autre part avec BUCQUOY, les idées concernant la maladie ulcéreuse se sont bien modifiées.

Il y a cent ans, l'ulcus gastrique était considéré comme une affection grave, au même titre que le néoplasme, avec un cortège de manifestations symptomatiques bruyantes : (douleurs vives, vomissements constants, hémorragies fréquentes) troublant la vie sociale du malade et obligeant à des sanctions thérapeutiques sévères. Il semble que les auteurs étiquetaient là surtout les formes compliquées, confondant les formes ordinaires, c'est-à-dire la majorité, avec les dyspepsies et les gastrites.

Par la suite, si les symptômes se dégagent mieux dans les descriptions, le flou règne encore quant à la

valeur qui leur est attribuée et surtout quant à la conception de l'évolution.

Au commencement du siècle, on opposait des formes aiguës (débutant par une phase prémonitoire de dyspepsie ou de gastrite, se continuant par une période d'état puis de déclin) et des formes chroniques, la notion de récédive étant à la base de leur explication, l'hématémèse restant toujours le test d'identification.

Ce que l'on décrivait sous le nom de formes aiguës correspond à ce qu'on appelle actuellement la crise, les poussées successives étant considérées comme des rechutes non liées entre elles par la notion de processus évolutif cyclique.

Le travaux radiologiques viennent alors aider à porter le diagnostic dans un plus grand nombre de cas et à réviser les manifestations symptomatiques.

Les notions actuelles commencent à s'ébaucher. C'est le grand mérite de GUTMANN et de ses collaborateurs d'avoir nettement précisé la notion d'évolution cyclique en définissant remarquablement le mode de début, explosif et sans cause apparente, et la périodicité élevant les périodes de silence clinique à une valeur diagnostique et indiquant avec certitude le caractère homologue des poussées successives, les signes cliniques et radiologiques étant réunis au complet dès la première poussée.

La définition de la maladie ulcéreuse se schématise : l'ulcère est un syndrome épigastrique (paroxysmique) de douleurs postprandiales, à déclenchement non électif (1) calmées par l'ingestion d'aliments ou de

(1) N. B. — P. CHÊNE insiste à juste titre sur ce symptôme : les douleurs n'ont pas un déclenchement électif, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas influencées par des aliments particuliers. C'est en effet un signe de valeur au cours d'une première poussée ulcéreuse pour le diagnostic avec une dyspepsie biliaire, celle-ci présentant au contraire des déclenchements conditionnés par le choix des aliments.

poudres alcalines; évoluant par crises d'une durée moyenne de une à quatre semaines, séparées par des accalmies variables, allant de quelques jours à quelques mois, se manifestant en période d'activité surtout par une image radiologique fréquemment à type de niche, correspondant à une lésion le plus souvent située sur le bulbe duodénal ou sur la petite courbure de l'estomac, plus spécialement chez l'homme aux alentours de la quarantaine.

II. — PRINCIPALES VARIANTES CLINIQUES OU SE RETROUVENT LES CRITERES DE PERIODICITE EVOLUTIVE ET DE RYTHME DOULOUREUX PENDANT LES CRISES

Cette définition semble répondre à la majorité des cas, en particulier dans ses deux caractères essentiels :

1° Périodicité douloureuse : avec alternance de poussées critiques de troubles fonctionnels et de silences cliniques.

2° Rythme quotidien de douleurs tardives à déclenchement non diététique, pendant les crises.

Certes, l'ulcère de la petite courbure revêt souvent un aspect moins schématique que l'ulcère du bulbe, ce dernier ayant en outre le caractère de ne jamais évoluer vers la malignité.

Ces deux localisations ne sont pas exclusives, et si l'ulcère peut siéger sur les faces, la région du cardia, le canal pylorique ou la grande courbure de l'estomac, ces deux caractères fondamentaux se retrouvent toujours.

De plus, en dehors de ces formes topographiques, dans nombre de formes cliniques atypiques, la périodicité douloureuse et le rythme quotidien permettent

d'évoquer le diagnostic, malgré l'absence ou la modification d'un ou de plusieurs symptômes, l'adjonction de signes nouveaux, l'intrication d'associations morbides, ou le bouleversement relatif de l'évolution.

Qu'il s'agisse en effet d'une modification :

- dans la nature de la douleur qui peut revêtir l'aspect d'une brûlure, d'un tiraillement, au lieu de crampe;
- dans sa violence, faible en imposant pour une dyspepsie banale ou une gastrite; transfixiante, faisant penser au tabès;
- dans son horaire, précocité ou très tardive, à prédominance vespérale ou nocturne;
- dans son siège;
- dans sa durée;
- dans sa sédation, pouvant ne pas être obtenue par les aliments et les poudres alcalines.

Qu'il s'ajoute des troubles nouveaux dus :

- à une gastrite coexistante;
- à une hernie diaphragmatique concomitante;
- à une sténose orificielle;
- à des manifestations allergiques;

Qu'il s'adjoigne des hématomésés ou des hémorragies intestinales de sang rouge à caractère anormal, dont on ne doit pas exagérer la fréquence.

Qu'il s'agisse de crises écourtées ou allongées, les deux critères d'évolution cyclique et de rythme quotidien pendant la crise sont là pour faire penser à l'ulcus. Ils sont du même secours, même si la douleur a un caractère clinique n'évoquant pas la localisation gastrique :

- lumbago : en cas d'ulcère invétéré;
- angor (réflexe);
- coliques abdominales;

— ou toute autre manifestation due au terrain névropathique.

Ces deux critères devront être parfois recherchés minutieusement en raison des modifications dues à une association ou une intrication morbide, comme c'est souvent le cas *de la lithiase biliaire*, par exemple (en particulier dans les circonstances où la douleur est à type de faux angor).

Cette énumération rapide et schématique des formes cliniques d'ulcère gastroduodénal dont quelques-unes franchement atypiques par certains caractères, montre cependant que le diagnostic clinique de l'affection ne peut guère ne pas être soupçonné car, dans la plupart des cas, la périodicité et le rythme douloureux en période de crise se retrouvent et les examens complémentaires confirmatifs peuvent être entrepris.

III. — ASPECT TROMPEUR DE CERTAINES FORMES CLINIQUES D'ULCUS PAR PERTURBATION DE CES CRITERES ISOLEMENT PARMi CELLES-CI ET DEFINITION DE CELLES AUXQUELLES NOUS LIMITERONS NOTRE ETUDE

Cependant, il n'en est pas toujours ainsi, et c'est là que se révèle l'aspect vraiment trompeur de certaines formes où l'évolution périodique ne permet plus d'évoquer le diagnostic, le rythme algique quotidien pouvant lui-même parfois céder la place à une douleur plus ou moins continue dans le temps.

Nous ne citerons que pour mémoire les formes où la brièveté de l'histoire clinique, se manifestant par une complication immédiate, laisse à peine le temps à une décision chirurgicale rapide :

— ulcère hémorragique d'emblée;

— ou ulcères qui « naissent perforés et meurent suturés » suivant l'expression de BALFOUR.

Par ailleurs, les aspects banaux jusqu'à une complication ne portent une difficulté diagnostique que pour l'identification et l'attribution à sa cause de cette complication.

Nous ne retiendrons pas davantage les ulcères ayant eu à leur départ une évolution cyclique retrouvée, au cas où ils n'ont pas été suivis, dans les anamnestiques, qu'il s'agisse d'ulcères devenus invétérés et calleux, la périodicité étant progressivement remplacée par une poussée plus ou moins continue dans le rythme quotidien et dans le temps, ou de certains ulcères, souvent géants, dont l'histoire périodique est brusquement suivie par une sorte d'accélération du processus morbide.

Nous bornerons notre étude aux formes, où l'évolution est d'emblée continue et plus ou moins grave, pouvant à s'y méprendre, malgré les examens paracliniques, quelquefois même à l'intervention, *simuler le cancer*, et parmi celles-ci nous verrons que les problèmes posés sont relativement différents suivant les cas et selon les localisations.

Nous serons naturellement retenus surtout par les formes où la conduite à tenir est plus délicate, quelquefois véritablement angoissante.

Lorsque l'évolution est d'emblée continue et plus ou moins grave, les caractéristiques suivantes sont souvent réunies :

- a) La dimension : il s'agit dans un grand nombre de cas d'ulcères géants;
- b) La localisation : le plus fréquemment, la portion verticale de la petite courbure de l'estomac, quelquefois les faces, mais aussi ce qui mérite attention, la petite courbure prépylorique et même le duodénum;
- c) L'évolution surtout : rapide, d'une seule tenue,

sans rémission, progressive, sans tendance à la guérison spontanée;

- d) L'influence souvent néfaste sur l'état général, cachectisante;
- e) Le terrain sur lequel ces ulcères se greffent :
 - sujets âgés,
 - sujets pluricarencés avec parfois tares débilittantes organiques, diabète, insuffisance cardiaque ou hépato-rénale;
- f) — Quelquefois : leur sensibilité au traitement médical actif : *repos*, diététique, protéinothérapie, médicaments nervins, pansements gastriques, oxyferriscorbone sodique;
 - D'autres fois les problèmes posés ne laissent pas le temps d'envisager ou de suivre les résultats d'une thérapeutique médicale, l'intervention chirurgicale exploratrice s'imposant;
- g) Les difficultés du diagnostic radiologique : images pseudo-néoplasiques;
- h) Parfois même, les difficultés du diagnostic opératoire.

Certains de ces ulcères, ayant pu commander l'abstention opératoire pour des lésions considérables, apparemment cancéreuses, infiltrant le cardia, la petite courbure, la grosse tubérosité, le péritoine périgastrique et sous-diaphragmatique.

D'autres, toujours pour méprise en faveur du cancer ayant entraîné la gastrectomie totale.

Si l'on parcourt la littérature concernant l'ulcère gastroduodéal, on ne manque pas de trouver avec une progression chronologique d'ailleurs croissante, nombre d'observations correspondant aux caractères généraux que nous venons de signaler sous forme de monographies, ou au sein d'études générales de la maladie ulcéreuse.

La terminologie qui leur est appliquée, suivant le critère qui a été retenu comme majeur par les auteurs qui les relatent (dimension, image radiologique, difficulté de diagnostic différentiel avec le cancer et surtout évolution) reflète bien leur anomalie les opposant aux formes typiques.

Ces ulcères, nommés « *géants* » par les auteurs frappés dans la plupart des cas par leur étendue, qualifiés « *aigus* » par certains qui précisent qu'il s'agit là d'un terme plus clinique qu'anatomique (P. MOULONGUET, E. BOUTON) sont en outre décrits sous le nom : d' « *ulcères géants à forme pseudotumorale* » (LEDOUX-LEBARD, CROZAT et Mlle PANNETIER; LEDOUX-LEBARD, GARCIA, CALDERON et NEMOURS-AUGUSTE) ou « *d'ulcères à aspects radiologiques pseudonéoplasiques* » (SAVY, VACHON et ROMAGNY) ou encore « *d'ulcères cancéreux* » (DUBARRY).

D'autres fois, ils sont rapportés sous l'appellation d' « *ulcères térébrants à évolution continue et rapide* » ou d' « *ulcères à évolution maligne précoce* » (JACQUELIN et GANDY) ou encore d' « *ulcères à évolution accélérée* » (PÉRISSEL) ou enfin sous la dénomination d' « *ulcères à début atypique d'apparence grave* » ou d' « *ulcères à forme subaiguë pseudomaligne* » (R.-A. GUTMANN).

Toutes ces étiquettes correspondent à la réalité des faits cliniques et viennent corroborer les principaux caractères distinctifs que nous avons énumérés dans les formes à aspect trompeur par leur évolution atypique.

Pour en établir une synthèse terminologique, base d'une classification rationnelle, il convient de remarquer que certaines dénominations tiennent compte d'un critère isolé, pas toujours l'essentiel qu'est l'évolution, dimension, image radiologique, ressemblance avec le cancer, que même les qualificatifs appliqués à l'évolution prêtent quelquefois à confusion et doivent être éliminés.

Ainsi le terme « aigu ».

Il a qualifié dans les premières descriptions la crise de formes banales. (Cela tenait au fait que celles-ci voyaient la crise isolée et non pas le cycle.)

Il a été utilisé par certains auteurs pour définir certaines ulcérations rapidement formées sous l'influence de techniques expérimentales diverses :

— dérivations anatomiques variées, absorption de cinchophène, irradiation X locale, ou s'adressant aux centres neuroendocriniens : hypophyse, plancher du III^e ventricule;

ou sous l'effet de l'altération de la muqueuse gastrique par suite de troubles organiques variés, locaux ou généraux (pyorrhée alvéolodentaire, brûlures cutanées, anémie de Biermer; maladies infectieuses).

Dans les descriptions des anatomopathologistes, il traduit surtout les phénomènes observés en période évolutive d'ulcus : œdème, infiltration cytologique inflammatoire par opposition aux ulcères anciens devenus calleux.

Ces précisions apportées, il est plus facile d'étayer une classification sur des bases nettes : degré d'éloignement de l'évolution cyclique typique entraînant une plus ou moins facile évocation du diagnostic et posant des problèmes plus ou moins ardu dans la conduite à tenir.

Si l'on tient compte uniquement de ces critères d'évolution et de conduite thérapeutique, dans l'analyse de l'ensemble des observations apportées par les auteurs, réunissant un ou plusieurs des caractères que nous avons isolés, nous pouvons les ranger en plusieurs séries de faits :

1° Nous avons déjà écarté un premier ordre de cas (et cet isolement est très justifiable, car s'il y a anomalie dans le caractère évolutif, elle porte surtout sur l'apparition de complications) : il s'agit d'ulcères dont l'évolution a été latente jusqu'à une complication, leur

donnant un aspect d'acuité ou dont l'histoire est écourtée, également par une complication précoce, dont le traitement ne leur laisse pas le temps de manifester leur caractère cyclique.

2° Par contre, dans un second ordre de faits, l'isolement pourrait paraître plus arbitraire, car nombre d'auteurs les englobent dans un même cadre que les formes que nous étudions plus spécialement, en raison des problèmes diagnostiques qu'ils peuvent poser d'une manière analogue :

a) Tout d'abord les ulcères, qui quoique géants ou à aspect pseudotumoral, ont une évolution calquée sur la forme type dont nous n'avons aucune raison de les isoler.

Nous reconnaissons que la discrimination de ces formes pseudonéoplasiques avec certains cancers ulcérimorphes à histoire cyclique est souvent difficile, mais la périodicité faisant évoquer en tout cas le diagnostic d'ulcus en premier lieu, nous ne rattachons ces cas à notre étude que par leurs indications thérapeutiques.

b) De même, nous ne retiendrons que pour cette même raison les ulcères dont l'évolution cyclique subit une modification brusque ou progressive, ou même successive à un long silence clinique, lesquels observés au moment de ce changement d'allure évolutive peuvent ressembler à la forme qui nous intéresse, mais que les anamnestiques rattachent à la forme habituelle de l'ulcus, les suspicions actuelles portant davantage sur le risque de transformation néoplasique (dans les localisations prépyloriques surtout), que sur la discrimination avec un cancer primitif.

3° Enfin, nous ne conservons dans notre étude que les formes à aspect vraiment trompeur à cause de leur évolution récente mais traînante et de l'absence de passé digestif que nous appellerons volontiers : « *Ulcères à évolution d'emblée sévère et d'une seule tenue* ».

Et là encore nous établissons une graduation des faits suivant la localisation :

1° La plus fréquemment décrite et la mieux étudiée est la localisation sur la partie verticale de la petite courbure, sur laquelle peut apparaître un ulcus géant ou non, ayant une évolution continue et grave.

Cette localisation, en général rassurante, permet de mettre en œuvre l'épreuve radioclinicothérapeutique, un traitement médical intensif pouvant amener à la guérison quelquefois très rapidement.

Pour illustrer l'étude de l'ulcus à évolution d'une seule tenue de la petite courbure verticale, nous apportons deux observations qui nous semblent synthétiser les cas extrêmes par la différence d'attitude adoptée par le même chirurgien :

La première, malade opérée par le Docteur Jean-Louis LORTAT-JACOB avec le diagnostic pourtant établi d'ulcus de la petite courbure, a entraîné l'abstention opératoire pour des lésions très étendues, apparemment cancéreuses; confiée au Docteur Paul CHÊNE pour traitement médical, la guérison complète est obtenue sous contrôle radiologique.

La seconde observation (déjà publiée dans la thèse de Mlle G. PANNETIER, traitant des ulcères géants de la petite courbure et de la face postérieure) que nous complétons par la reproduction de radiographies, est celle d'un malade rebelle au traitement médical, pour lequel le Docteur LORTAT-JACOB a dû pratiquer une gastrectomie totale de nécessité. Nous nous aiderons, pour conduire notre étude synthétique et analytique, des principaux travaux faits sur cette forme d'ulcus et sur cette localisation. Nous y rattacherons également l'ulcère de la face postérieure de l'estomac, plus rare, dont nous donnons une observation.

2° L'ulcère de l'antré pylorique pose des problèmes plus ardu, car on n'a pas le temps de mettre en œuvre l'épreuve radioclinique par la crainte d'erreur de dia-

gnostic possible et celle de dégénérescence, en raison de la fréquence dans cette localisation du cancer ulcé-riforme.

Nous citons-là également deux observations, l'une suivie dans le service du Docteur LORTAT-JACOB à l'hôpital Léopold Bellan, l'autre empruntée à la clientèle privée du Docteur Paul CHÊNE.

Elles nous donneront l'occasion d'étudier la localisation antrale avec ses indications spéciales.

3° L'ulcère à évolution continue grave et rapide peut survenir également sur le duodénum.

Nous en citerons également une observation du Docteur LORTAT-JACOB dont nous rapprocherons celle d'un malade du Docteur Paul CHÊNE, déjà publiée dans la thèse de G. MERCADIER, en 1936.

Le nombre réduit de nos observations s'explique (mises à part celles que nous empruntons à la littérature) par la brièveté de notre période d'observation, donnant une idée de leur fréquence dans le temps.

Nous pensons qu'elles ne sont pas sans intérêt par les problèmes qu'elles ont soulevés, ayant entraîné une collaboration active médico-chirurgicale.

Elles nous ont surtout donné lieu à une étude aussi méthodique et complète que possible des ulcères à évolution d'emblée sévère et d'une seule tenue publiés dans la littérature.

Parmi les études relativement récentes consacrées à cette question directement ou indirectement, sous forme de monographies ou de travaux d'ensemble, nous avons surtout été retenus par celles où les auteurs sont particulièrement affirmatifs sur l'absence d'antécédents digestifs des malades porteurs de tels ulcères évoluant d'un seul tenant dès leur apparition et aussi sur la bénignité des lésions établie par un examen histopathologique en cas d'exérèse ou une longue évolution favorable successive au traitement médical.

Les descriptions anciennes nous ont moins retenus parce que faites à une époque où l'on considérait l'ulcus comme précédé d'une phase de début plus ou moins longue à type dyspeptique et où ni l'examen histologique des pièces, ni l'observation suivie n'étaient systématiques.

Outre les observations à conclusions différentes mais typiques de JACQUELIN et GANDY d'une part, et de GUTTMANN d'autre part, nous avons retrouvé des cas d'ulcères d'évolution d'emblée sévère et d'une seule tenue relatés par de nombreux auteurs.

Notre bibliographie, volontairement restreinte aux travaux probants, en donne les références précises.

Nous pouvons cependant, dès maintenant, énumérer les principales observations sur lesquelles nous nous sommes appuyés pour conduire notre étude.

Tout d'abord de nombreux cas isolés :

de ALVISATOS en 1921 (une sténose médiogastrique d'origine ulcéreuse à évolution rapide) ;

les ulcères géants à niche volumineuse ;

de BOCCA et RICO en 1937 (ulcère géant de la petite courbure de l'estomac) ;

de BRODIN et Mme TEDESCO en 1934 (ulcus de la petite courbure à niche volumineuse) ;

de A. BASSET en 1927 (sur un ulcère perforé et bouché de la petite courbure) ;

ceux de DE BUSSCHER de Bruges en 1948 (plusieurs cas d'ulcères géants de la petite courbure) ;

de COURTY de Lille en 1948 (ulcère géant de la petite courbure térébrant dans le pancréas et le foie) ;

de CUVELLIER et MALATRAY en 1934 ;

de HILLEMAND et CHÉRIGIÉ et ANDOLY en 1942 (ulcère géant de la face postérieure) ;

de NGUYEN DINH HOANG en 1938 (un cas d'ulcère gastrique tardif) ;

de ROUX-BERGER, LIBERT et LEROY en 1943 (ulcère gastrique à évolution rapide avec hémorragie suivie de déglobulisation intense, guéri par gastrectomie);

de PAUCHER et LUQUET en 1931 (un ulcus géant à marche rapide, traité par la résection);

Les observations des thèses de LANCHOU en 1939;
de FONDEVILLE en 1941, PÉRISSEL en 1942, de Mlle G. PANNETIER en 1943.

Les cas illustrant les travaux d'ensemble :

de MATHIEU et MOUTIER;

LEDoux - LEBARD, GARCIA - CALDERON, NEMOURS-AUGUSTE, Mlle PANNETIER et J. CROZAT;

BRULÉ et HILLEMAND;

Les travaux de l'école lyonnaise

avec A. CHAPUY (ulcères gastriques ou duodénaux chez des sujets de plus de quarante-cinq ans);

RAVAULT, GIRARD et VIALIER (2 cas d'ulcères géants de la petite courbure à allure pseudonéoplasique);

SAVY, VACHON et ROMAGNY (ulcères géants de la petite courbure);

DELORE et HSU PAO Y. (considérations radiologiques et thérapeutiques sur l'ulcère aigu à propos de 2 cas);

SOUSTRELLE (un ulcère calleux géant haut situé sur la petite courbure);

Ceux de l'école bordelaise
avec DUFÉRIÉ

DUBARRY et ses collaborateurs (traitement des ulcères rebelles de l'estomac par l'oxyferris-carbone sodique);

De l'école marseillaise

avec MONGES et MOSINGER (disparition de niches volumineuses) ;

De l'école algéroise enfin

avec LACROIX et BLONDEAU (une niche en plateau bénigne).

CHAPITRE II

L'ulcère à évolution d'emblée sévère et d'une seule tenue dans sa localisation sur la portion verticale de la petite courbure de l'estomac

1°. — ETUDE SYNTHETIQUE DU TABLEAU CLINIQUE HABITUEL DANS CETTE FORME

Lorsque, se manifeste chez un sujet sans passé digestif, un ulcère à poussée prolongée d'une seule tenue et pseudograve, la maladie revêt habituellement un tableau clinique dont les signes cardinaux sont superposables, quel que soit le siège de la lésion.

Cependant, les mêmes manifestations symptomatiques n'offrent pas une interprétation comparable et ne dictent pas une attitude thérapeutique identique dans toutes les localisations.

C'est pourquoi nous isolons les faits cliniques selon la topographie et nous abordons leur étude en commençant par la situation sur la portion verticale de la petite courbure gastrique, ce qui nous permettra, à propos de cette forme, de faire une synthèse séméiologique générale, avec cependant l'examen, des indications spéciales à cette localisation.

Voilà donc un malade, qui, indemne jusque-là de toute manifestation morbide gastroduodénale, commence à accuser des troubles digestifs.

Il s'agit le plus souvent d'un sujet âgé, ayant dépassé la cinquantaine, et même la soixantaine ou plus rarement d'un sujet plus jeune entre trente et quarante ans, mais fatigué ou carencé, à réactions déficientes.

Il se plaint de douleurs à siège épigastrique à type de crampes, de tiraillements, de torsions aiguës, de brûlures, ou de lourdeur, à irradiations variables, à horaire post-prandial, habituellement semi-tardif, mais pouvant suivre le repas de quelques minutes à quelques heures, de durée plus ou moins longue, quelquefois ne laissant au malade que quelques instants de répit dans la journée.

Ces douleurs peuvent s'accompagner de vomissements précoces ou tardifs, alimentaires, bilieux, ou muqueux d'un liquide filant, agaçant les dents, apportant un soulagement inégal suivant les cas.

Parfois il s'agit d'un état nauséeux avec sialorrhée et vomissements difficiles traduisant l'*irritation du pneumogastrique chez des sujets vagotoniques*. La souffrance qui n'est pas influencée par le choix des aliments, qui n'a pas de déclenchement diététique électif, est souvent calmée par ingestion alimentaire, ou absorption de poudres alcalines, ou accuse une violence que rien ne fait rétrocéder.

Jusque-là, rien de spécial. Mais au bout de une à deux semaines, si ce n'est dès le début, le malade manque d'appétit ou se plaint même d'une anorexie totale, se doublant d'un dégoût plus ou moins électif pour certains aliments, la viande et le pain en particulier.

Cette inappétence pouvant ne pas être spontanée, mais forcée par l'intensité des douleurs, obligeant le pateint à restreindre plus ou moins complètement son alimentation par peur de la souffrance.

Le sujet maigrit, parfois d'une manière impressionnante et qui va en progressant. Il a mauvaise mine, perd rapidement ses forces et restreint son activité. C'est un grand malade ! Son teint jaunit, devient d'une pâleur blafarde. Les muqueuses, sur les lèvres et sous les paupières se décolorent, l'ensemble de ces signes traduisant une anémie qui va en croissant. Il est parfois fébrile. Ces signes généraux (amaigrissement, asthénie, pâleur et fièvre) sont d'ailleurs bien plus constants que le cortège de symptômes fonctionnels dont l'intensité est variable et R.-A. GUTMANN, dans sa description d'un tel tableau clinique scinde les faits en trois catégories :

1^o) une « forme subaiguë pseudomaligne » ;

2^o) une forme asthénique, à symptômes fonctionnels atténués traduisant sur le plan général la déficience de réaction du terrain débilité ou carencé, plus particulièrement chez le vieillard et sur le plan anatomique local, des lésions « molles », sans réaction scléreuse ;

3^o) et à l'opposé, une « forme à douleurs très violentes d'une intensité effroyable » la réaction de l'organisme substituant sur le plan local à des lésions molles un tissu plus ou moins dense avec englobement nerveux plus ou moins prononcé. L'analyse clinique de GUTTMANN est d'une précision que justifient le nombre de cas réunis (une cinquantaine) et sa période d'observation : époque de guerre et de restrictions, entre 1940 et 1945, période où de tels faits se sont présentés avec une fréquence élective.

Dans les trois formes, le tableau clinique peut se compléter dans certains cas d'hématémèses d'abondance variable ou de périodes de constipation, aboutissant à l'exonération de matières noires, contenant du sang digéré.

Examiné, lorsque tout ou partie de ces symptômes se trouve réunis, le patient peut éprouver à la palpation

de son épigastre, une souffrance d'intensité plus ou moins grande, fixe, à des examens successifs, la main qui palpe pouvant avoir sous sa paume une impression de contractions localisées, parfois de reptations ou de clapotis à jeun traduisant le retentissement pylorique, exceptionnellement la sensation d'une masse tumorale. Si on pratique un tubage gastrique, il montre souvent de l'hypochlorhydrie ou même de l'anachlorhydrie. L'examen sanguin montrera une numération abaissée, confirmant l'impression d'anémie avec 3.500.000 à 4 millions de globules rouges quelquefois beaucoup moins : de 1.500.000 à 2 millions.

Cet ensemble symptomatique est déjà inquiétant mais l'observation suivie du malade va montrer un élément important et qui ne rassure pas : la poussée ne s'arrête pas. Elle est longue, traînante; s'aggravant, elle dépasse les délais habituels des crises ulcéreuses, qui après une moyenne de une à quatre semaines rétro-cèdent plus ou moins spontanément.

Le médecin, entreprenant les examens spéciaux, avec la notion plus ou moins établie de la continuité et de la longueur de la poussée suivant la date à laquelle le malade le consulte, avec pourtant la notion très nette de gravité du cas à élucider et traiter.

Les rayons X impriment sur les clichés réclamés, des images où les signes radiologiques, au complet comme les symptômes cliniques, n'ont pas un caractère rassurant évident.

La radiographie, montre souvent une niche considérable (de la taille d'une noix), parfois énorme (une demi-mandarine ou même une petite orange), semi-circulaire, en général plus allongée que profonde, additionnant son ombre plus ou moins homogène, à contours de régularité variable, à celle de la petite courbure verticale de l'estomac. Elle peut être entourée d'aspects raides de cette petite courbure et de larges plages claires sur la face gastrique; les plis de la

muqueuse convergent quelquefois vers la niche et s'épaississent au contact de ses bords. Il peut exister un spasme de la grande courbure.

De tous ces caractères, de la niche, le médecin ne peut tirer que des enseignements présomptifs. Un seul caractère est capital : c'est le siège sur la partie verticale de la petite courbure. C'est le premier et le plus important des éléments rassurants.

A partir de cette constatation, le médecin peut se dire en présence d'une forme plus impressionnante que grave.

Si on a la possibilité de le faire, on peut compléter l'investigation, en réclamant une gastroscopie, examen dont l'importance et les enseignements tendent à se généraliser en France sous l'impulsion des travaux de F. MOUTIER et de son école.

Si cette méthode d'appoint qu'est la gastroscopie, considérée par certains auteurs comme un « luxe », n'affirme pas dans certains cas, avec plus de certitude que la radiographie la bénignité des lésions, elle a le mérite de fixer dans la mémoire visuelle de l'endoscopiste une image dont l'appréciation du remaniement au cours de l'évolution, donne toute sa valeur à cet examen.

De la confrontation de tous ces résultats, le diagnostic est souvent affirmé, du moins la localisation sur la partie verticale de la petite courbure de l'estomac, à la lumière de nombreux travaux gastroentérologiques récents, permet d'en prévoir la nature bénigne.

La conduite thérapeutique en est toute dictée : elle doit être vigilante, rapide, active.

Si, impressionné par l'apparence de gravité de la maladie, quelquefois acculé par une complication, on se montre interventionniste d'emblée, l'intervention chirurgicale précoce ne sera pas d'un appoint décisif dans bien des cas.

Cette attitude est souvent en effet à l'origine de la découverte par le chirurgien des formes pseudotumorales. Ce dernier se trouvant en présence de lésions apparemment néoplasiques et très étendues, accompagnées souvent de paquets ganglionnaires inflammatoires, le long des courbures ou près du pylore, n'aura pas son hésitation diminuée par la vision directe ni par la palpation de l'estomac malade.

Retenu souvent par la déficience de l'état général du patient, il ne pourra pas recourir à une opération importante et radicale comme la gastrectomie large, et l'intervention se bornera à une simple exploration.

Si, par contre, on institue un traitement médical très actif dont les éléments principaux seront : le repos, l'hygiène, la diététique, la protéinothérapie, la désensibilisation et parfois l'emploi de médications désinfiltrantes, telles que l'oxyferriscorbone sodique, on aura l'agréable surprise de voir le malade cesser de souffrir, reprendre son appétit, son poids, ses forces et guérir quelquefois très rapidement comme le prouvera l'observation vigilante, clinique, radiologique, gastroscopique.

Si même, le traitement médical n'est pas rapidement probant, il aura eu au moins pour effet d'envoyer au chirurgien un malade amélioré, en meilleures conditions physiques et morales.

Le patient bien préparé, pourra subir avec toutes les chances de guérison, une intervention importante, dont les indications auront été précisées. Quelquefois même, la voie d'abord thoracique, si elle peut faciliter la gastrectomie totale nécessaire dans certains cas, sera permise par de bons soins pré-opératoires, les méthodes modernes d'anesthésie en circuit fermé et de réanimation pré-opératoire et post-opératoire, enfin par l'habileté du chirurgien.

D'ailleurs, même dans le cas précité d'intervention précoce et simplement exploratrice, le traitement médj-

cal actif conserve toute son importance et l'évolution favorable sous son influence quelquefois longtemps suivie par la clinique, la radiographie, et l'endoscopie sera le meilleur garant de la bénignité des lésions malgré l'apparence de gravité première.

Pour illustrer de tels faits, et donner une expression plus clinique (plus vivante) à la description synthétiquement schématique de l'ulcère à poussée prolongée, d'un seule tenue plus impressionnante que grave siégeant sur la portion verticale de la petite courbure de l'estomac, avant d'en faire une étude analytique, nous allons relater deux observations, réalisant deux cas extrêmes.

Il s'agit de deux malades, opérés par le Docteur Jean-Louis LORTAT JACOB.

La première malade, ayant conduit à une abstention opératoire devant des lésions apparemment très étendues; confiée au Docteur Paul CHÊNE pour traitement médical, sa guérison a pu être observée et longuement suivie.

Le second malade, dont l'observation a déjà été publiée dans la thèse de Mlle PANNETIER, en 1943 (Contribution à l'étude des ulcères géants de la petite courbure et de la face postérieure de l'estomac) que nous complétons par la reproduction de ses radiographies s'est montré rebelle au traitement médical, et la guérison a été obtenue par une gastrectomie totale de nécessité.

PREMIERE OBSERVATION

Mme M. J..., âgée de soixante-huit ans, souffre de troubles circulatoires dus à une hypertension artérielle, et de troubles visuels provoqués par une cataracte mais ne s'est jamais plainte de son estomac avant le mois de septembre 1945, lorsque éclate brusquement chez elle un syndrome douloureux de l'épigastre, dont le caractère essentiel est d'avoir évolué d'une manière rapide bien qu'atténuée.

La malade, âgée de moyens modestes, avait souffert des privations de la guerre et de l'occupation et se trouvait très affaiblie lorsqu'elle a commencée à ressentir des troubles gastriques.

Les douleurs siégeant au creux épigastrique, à type de torsion, d'intensité moyenne, avec irradiation dorsale se produisaient quotidiennement quelques heures après les repas et étaient irrégulièrement calmées par l'ingestion des aliments. Elles ne se sont pas accompagnées de vomissements, mais d'un état nauséux presque permanent et surtout d'une anorexie globale pour tous les aliments.

Il n'y a pas eu d'hémorragies, aucune hématomèse, pas de modification de coloration des selles, dont l'exonération était ralentie par une légère constipation.

Plus que des signes de souffrance gastrique, la malade s'inquiète de voir rapidement décliner son état général. Elle est asthénique, pâlit et maigrit de 22 kgs en trois mois, et son médecin décide de la faire hospitaliser, bien qu'une radiographie du 20 septembre n'ait montré aucune image pathologique.

La malade entre à l'hôpital Saint-Louis, le 19 novembre dans le service du Docteur Louis BAZY.

Une radiographie du 29 novembre 1945 montre une image très suspecte de la partie supérieure de la petite courbure que l'on interprète comme un ulcère dégénéré à marche rapide. L'intervention pratiquée le 4 décembre par le Docteur J.-L. LORTAT-JACOB, confirme cette impression et devant l'étendue des lésions (infiltrations de type néoplasique de toute la partie haute de l'estomac et de l'œsophage abdominal avec de nombreux ganglions indurés), se borne à une simple exploration.

En désespoir de cause, on adresse la malade au Docteur Paul CHÈNE pour traitement médical. On a alors l'agréable surprise de voir la malade mieux digérer, reprendre du poids, l'état général s'améliorant lentement mais progressivement. Dix-sept mois après, en mai 1947, la malade continue à bien se porter et a repris 6 kgs.

Elle est revue en janvier 1948, toujours en bon état général. Du point de vue local, un examen radiographique, pratiqué le 2 février 1948, par le Docteur GODEFROY montre une image

gastroduodénale normale, avec disparition de l'ulcère haut situé de la petite courbure.

La restitution *ad integrum*, se confirme encore lors d'un examen radiographique du Docteur LEPENNETIER le 16 novembre 1948, qui ne révèle aucune anomalie de la petite courbure de l'estomac, même en position de Trendelenbourg, tandis que la malade a continué à bien se porter et ne pas souffrir.

La guérison, se maintient depuis et la malade a bien voulu répondre à notre convocation tout à fait récemment, en mai 1949, toujours en excellent état.



Observation n° 1

Première radiographie post-opératoire en date du 2/2/48

Cette observation nous semble intéressante par la preuve qu'elle donne de l'efficacité du traitement médi-

cal très actif, sur une telle forme d'ulcère, malgré des lésions apparemment très étendues, ayant fait reculer un chirurgien averti.



Observation n° 1
Deuxième radiographie post-opératoire en date
du 17/11/1948

Nous ne pouvons malheureusement reproduire l'image pathologique pré-opératoire, mais seulement les radiographies probantes de la guérison, en date du 2 février 1948 et du 26 novembre 1948, soit respectivement 26 mois et 3 ans après l'intervention.

DEUXIEME OBSERVATION

M. M..., âgé de cinquante-deux ans, sans aucun passé digestif, depuis quelques mois souffre d'un syndrome douloureux épigastrique, ayant évolué d'une manière continue et impressionnante, rebelle au traitement médical.

Il est adressé au Docteur LORTAT-JACOB en novembre 1942 par le Docteur BONCOUR avec le mot suivant :

« Enorme niche de la petite courbure, certainement purement ulcéreuse. Deuxième ulcère postérieur plus haut situé, vraisemblable mais non certain. C'est sur l'existence de ce deuxième ulcère que semblent devoir résider les difficultés opératoires prévisibles. Néanmoins, le début de biloculation à ce niveau fait craindre l'évolution d'un processus sténosant; et il semble qu'il faille absolument tenter l'intervention qui pourrait conduire à une gastrectomie totale ».

On ne saurait mieux résumer l'impression qui se dégageait de l'examen clinique et radiologique de ce malade, ni mieux définir la condition chirurgicale de ce cas.

Le 23 novembre 1942 : intervention (Docteur LORTAT-JACOB).

Les circonstances opératoires et les lésions anatomiques ont conduit à la gastrectomie totale de nécessité.

En effet, dès l'ouverture de l'abdomen de ce malade, on se rend compte qu'à moins de se résoudre à l'abstention complète, illogique, puisqu'il s'agit d'un ulcère rebelle au traitement médical, ou à une opération de Madlener qui ne serait qu'une minime pyloréctomie, le procédé d'exérèse à employer ne peut être précisé que par un temps explorateur très poussé : l'estomac se laisse mal attirer et fait corps avec le pancréas en arrière, l'auvent costal très prononcé gêne pour apprécier l'étendue exacte de l'infiltration, vers le cardia qui, de prime abord, apparaît considérable.

Après décollement colo-épiploïque, afin d'examiner la face postérieure de l'estomac, l'ulcère apparaît énorme, térébrant dans le pancréas. Il masque toute la partie haute de la petite courbure qu'il empêche en outre d'abaisser.

Il faut donc libérer l'ulcère, libération qui laisse une vaste brèche gastrique dont on peut apprécier les dimensions qui sont de l'ordre du tiers de la hauteur de la petite courbure. Le fond en est laissé sur le pancréas.



Observation n° 2
Radiographie pré-opératoire 19 novembre 1942

L'estomac vient alors, et il semble que l'image de deuxième ulcère, plus haut situé, suspecté à la radiographie, soit due à l'infiltration de la paroi gastrique, fait qui sera confirmé lors de l'ouverture de la pièce.

Grâce à cette libération, on se rend compte que l'infiltration avoisine le cardia. Mais, du même coup, tout recul opératoire

est devenu impossible; la vaste brèche aux bords infiltrés est insuturable.

La totale nous est apparue comme seule logique et capable de permettre une intervention aisée et sûre.



Observation n° 2

Radiographie post-opératoire 12 décembre 1942

Gastrectomie totale sous-cardiaque de nécessité.

Le malade est sorti guéri trois semaines plus tard.

Revu récemment, il a repris du poids et ne souffre plus.

Interprétation de la radiographie du 19 novembre 1942 :
volumineuse niche (4 centimètres de largeur sur 2 centimètres

de profondeur), de la partie moyenne de la petite courbure, avec fond et base d'implantation réguliers.

Bilocation surtout sus-jacente à la niche avec à ce niveau persistance d'un peu de baryte qui peut faire évoquer la possibilité d'une deuxième ulcération.

En résumé, malade ayant présenté une volumineuse niche de la petite courbure, rebelle au traitement médical. Gastrectomie totale.

Nous reproduisons ci-dessus la radiographie pré-opératoire du 19 novembre 1942 et la radiographie post-opératoire du 12 décembre 1942, montrant le parfait fonctionnement de l'anastomose œsophago-jéjunale après gastrectomie totale.

2°. — ETUDE ANALYTIQUE

Nous avons rapidement brossé le tableau clinique de la forme habituelle de l'ulcère à poussée prolongée pseudograve de la petite courbure, souligné l'importance de l'épreuve radio-clinico-thérapeutique et cité deux observations typiques.

Nous allons revenir maintenant d'une manière plus analytique et plus détaillée sur cette étude.

A. — ETIOLOGIE — PATHOGÉNIE.

Tout d'abord envisageons l'ÉTILOGIE et la PATHOGÉNIE des lésions :

Sur ces points nous nous excusons de nous montrer prudents. N'ayant pu réunir un nombre suffisamment important de cas pour en tirer des arguments, nous ne pouvons non plus conclure sur les observations choisies dans la littérature, à cause de la réunion hétérogène de descriptions, émanant de différents auteurs.

De plus, du point de vue pathogénique, si les mécanismes morbides ne sont pas élucidés avec certitude en matière de maladie ulcéreuse en général, il ne peut qu'en être de même dans l'étude de faits particuliers.

Du point de vue étiologique, la cause profonde de la maladie ulcéreuse demeure mystérieuse.

Tout au plus, les facteurs favorisants ou déclenchants ont pu être notés.

Nous nous contenterons donc de signaler ceux qui semblent prédisposer à la forme que nous isolons sans tirer des conclusions sur les chiffres fournis par les statistiques, nous bornant à propos de chaque observation retenue dans la littérature, de signaler la tare organique concomitante, relevée par l'auteur.

Parmi les éléments déclenchants de l'ulcère à poussée prolongée pseudograve d'une seule tenue, il résulte

de l'étude de tous les travaux ayant trait à la question, l'isolement d'un *terrain* particulier :

Il s'agit toujours d'un sujet débilité, carencé, fatigué à réaction déficiente. La pluricarence vitaminée étant nettement évoquée par tous les auteurs, qui par contre ne relèvent pas aussi nettement dans cette forme d'autres facteurs favorisant d'ulcus cycliques tels que l'hérédité (5 à 10 % des cas d'ulcères périodiques) ou les causes d'altération de la muqueuse gastrique (tabac, éthyle, écarts de régime, infection).

L'âge : semble jouer un rôle important. Bien qu'il puisse s'agir quelquefois de sujets fatigués entre trente et quarante ans, le plus souvent il s'agit de malades ayant dépassé la cinquantaine, quelquefois même des vieillards de plus de soixante-dix ans.

Le sexe, ne semble pas avoir une influence plus nette que dans l'ulcère banal à poussées périodiques.

La plupart des auteurs réunissant dans une même étude les ulcères pseudogaves d'emblée et les ulcères aggravés, notent des chiffres variables.

LEDOUX-LEBARD et son école, en 1943, réunissent 64 hommes pour 24 femmes.

F. MOUTIER retient les chiffres de 3 hommes pour 1 femme. Si l'on ne tient compte que des formes ayant d'emblée une apparence d'acuité au cours d'une première poussée prolongée et d'une seule tenue, il semble y avoir sensiblement la proportion précitée.

Les observateurs n'ont pas remarqué dans cette forme l'augmentation de fréquence notée, chez la femme depuis la guerre pour l'ulcus périodique, la majorité des cas étudiés ayant d'ailleurs été décrits depuis 1939.

Quant aux *tares organiques concomitantes relatées*, elles ne paraissent pas plus spécialement accompagner cette forme non cyclique et plus impressionnante d'ulcère.

La maladie ulcéreuse, en effet par sa fréquence ne

peut manquer de coexister avec d'autres causes de morbidité. Et si un grand nombre d'affections coïncident avec un ulcus banal à évolution cyclique, il en est de même pour l'ulcère à poussée prolongée continue et pseudograve.

Les troubles morbides qui peuvent lui être concomitants sont rapportés par les auteurs qui les signalent, dans la mesure où ces affections peuvent par l'affaiblissement de l'état général du patient qui en souffre, être prédisposantes à un tel type évolutif ulcéreux.

C'est ainsi que l'on a noté dans certaines observations la coexistence d'ulcères à évolution d'une seule tenue avec des troubles cardiovasculaires :

Dans deux cas de R.-A. GUTTMAN, il s'agit respectivement d'une insuffisance cardiaque, et d'une myocardite rhumatismale grave.

D'autres auteurs ont noté l'existence d'une hypertension artérielle; outre l'observation empruntée à MERCADIER sur un total de 5,3 de nos malades ont des troubles cardiovasculaires. JACQUELIN et GANDY citent des exemples d'insuffisance ou d'altération hépatique, ou d'insuffisance rénale. Il peut aussi être question d'une maladie infectieuse aiguë (grippe dans le cas de GUTTMANN et chez une de nos malades), ou chronique (syphilis) ou d'une diathèse (diabète dans une autre de nos observations).

Un tel polymorphisme de maladies contribuant à la déficience du terrain n'est pas fait pour nous étonner dans une telle forme d'ulcus.

B. — ANATOMIE PATHOLOGIQUE.

Passons à l'ÉTUDE ANATOMO-PATHOLOGIQUE des lésions, à la lumière des explorations gastroscopiques et des examens des pièces d'exérèse ou des constatations nécropsiques :

La *taille* des ulcères à poussée d'une seule tenue prolongée et pseudograve est variable :

Il s'agit quelquefois de lésions ayant les petites dimensions des ulcères ordinaires; souvent ce sont de grandes ulcérations, atteignant parfois des proportions géantes, ou ayant même un type extensif phagédénique.

LES CARACTÈRES MORPHOLOGIQUES (aspect général, volume, extension, consistance, réaction locale plus ou moins déficiente), sont très particuliers et commandent l'intensité des manifestations symptomatiques.

Ce sont en général de gros ulcères, mous, entourés de gastrite, avec énorme gonflement œdémateux de la paroi, sans réaction hypertonique ou hyperkinétique de l'estomac; l'ulcération assez peu profonde par rapport à sa longueur n'est pas rendue apparemment plus saillante par un puits spasmodique.

De telles lésions molles, traduisant la déficience réactionnelle locale de l'organisme fatigué, sont à l'origine des formes asthéniques, peu douloureuses, facilement curables.

L'ulcération peut intéresser plusieurs couches de l'estomac, pouvant être quelquefois, térébrante et extériorisée, la perforation ayant pour fond le pancréas, le foie, ou la paroi abdominale antérieure.

Parfois, cependant on se trouve en présence d'une réaction scléreuse avec tissus indurés où l'œdème est remplacé par l'élément fibreux plus ou moins dense, avec englobement nerveux plus ou moins prononcé; de telles lésions plus récalcitrantes à la thérapeutique médicale, se traduisent par une symptomatologie intensément douloureuse.

Quelquefois même, l'infiltration est très marquée; il s'agit de « tumeurs inflammatoires » avec réactions ganglionnaires, le long des courbures, et près du pylore de diagnostic opératoire si délicat.

Cependant, malgré l'aspect macroscopique souvent inquiétant, l'examen histopathologique lèvera le doute et montrera la bénignité des lésions :

On observera en effet à l'examen des coupes, des aspects analogues à ceux de tout ulcère de Cruveilhier, avec peut-être plus fréquemment dans ce type de lésions, une apparence d'acuité de processus évolutifs histologiques; le microscope montrera la perte de substance muqueuse, pouvant être étendue à d'autres couches de la paroi gastrique, l'œdème, l'envahissement cytologique inflammatoire, les altérations vasculaires, les réactions de sclérose sous-jacentes et périphériques et révélera surtout un critère négatif important : absence de tout aspect néoplasique.

C. — CLINIQUE.

Nous avons entrepris l'étude analytique de l'ulcère à poussée prolongée pseudogave et d'une seule tenue dans ses caractéristiques étiologiques, pathogéniques, anatomo-pathologiques. Nous avons fait preuve, chemin faisant, d'une méfiance peut-être exagérée à l'égard des considérations numériques.

L'hétérogénéité d'origine des observations que nous avons dû analyser pour arriver à des conclusions générales, ne nous a pas permis de donner des chiffres précis sur la proportion de tels ulcères par rapport aux ulcères cycliques; nous n'avons pas davantage noté au sein des ulcères à évolution impressionnante et d'une seule tenue, les proportions précises de cas survenant dans l'un ou l'autre sexe, à tel ou tel âge, ni la fréquence exacte de tel facteur morbide prédisposant, ni le nombre de tels aspects anatomo-pathologiques particuliers des lésions.

Dans l'ÉTUDE CLINIQUE, nous ferons preuve de la même prudence.

Nous ne donnerons pas de chiffres établissant le rapport des groupements symptomatiques ou le nombre de formes où tel signe est prédominant.

Nous ne multiplierons pas non plus, en leur attribuant des étiquettes de proportions, les aspects cliniques. Cependant le polymorphisme séméiologique est là comme en matière d'ulcus cyclique assez grand pour laisser une place dans les descriptions des auteurs à des formes où des signes très différents dominent la scène clinique.

Il peut s'agir de manifestations hémorragiques bruyantes ou discrètes, de symptômes de sténose pylorique, de signes d'irritation vagale (état nauséux avec sialorrhée, ou vomissements plus ou moins fréquents), de formes où prédominent l'intensité des douleurs ou l'altération de l'état général.

En brossant le tableau clinique des variantes de l'ulcus habituel, nous avons mis en évidence leur lien générique commun : histoire cyclique périodique ; alternance de troubles critiques et de silences fonctionnels.

De même, dans les aspects qui nous intéressent, nous retenons un trait de parenté commune, la continuité de l'évolution pseudogave se manifestant d'emblée d'une seule tenue chez un malade jusque là indemne de tout trouble digestif.

Cette évolution, traînante, sans aucune tendance à la rémission spontanée, sera dans la majorité des cas très sensible au traitement médical actif (R.-A. GUTMANN), mais sera dans certains cas rebelle à la thérapeutique médicamenteuse, inexorable, aboutissant à une complication plus ou moins grave (hémorragie, perforation) mettant parfois à plus ou moins brève échéance la vie du malade en danger et nécessitant d'emblée une intervention chirurgicale (JACQUELIN et GANDY).

Cependant, plus que cette dissociation des observations, selon leur réponse au traitement médical, nous

retiendrons la classification schématique de R.-A. GUTTMAN avec :

1^o Les « *formes subaiguës pseudomalignes* » où à l'altération de l'état général s'ajoutent des signes fonctionnels d'intensité moyenne;

2^o Les « *formes asthéniques* » où le cortège impressionnant de troubles généraux est accompagné de symptômes fonctionnels atténués;

3^o Les « *formes intensément douloureuses* » enfin, où coexiste avec la violence des signes attirant l'attention sur l'estomac, l'affaiblissement de l'organisme entier.

Nous n'analyserons pas non plus un à un, avec chiffres de fréquence précis, les différents symptômes.

Qu'il nous suffise de signaler, comme le montre la précédente classification :

— que les uns sont relativement constants, tels les troubles de l'état général (amaigrissement, asthénie, anémie), ainsi que les modifications de l'appétit;

— que d'autres sont variables dans leur caractère, leur intensité, c'est le cas des douleurs;

— que d'autres enfin sont inconstants, c'est le cas des symptômes de sténose pylorique ou d'irritation du pneumogastrique (nausées, vomissements) ou d'hémorragies latentes à type de mœlena, ou bruyantes à type d'hématémèses.

Ces derniers signes étant signalés par GUTTMAN comme survenant dans un tiers des cas environ.

D. — RADIOLOGIE.

LA RADIOLOGIE est un temps capital de l'examen :

Elle offrira à considérer des images dont l'interprétation a été sujette à important remaniement en quelques années.

Devant de tels aspects, le médecin, le spécialiste même, aux environs de 1935, était singulièrement embarrassé, s'il ne portait à tout coup le diagnostic de néoplasie gastrique.

Depuis, de nombreux travaux souvent décisifs sont venus nous éclairer; en particulier, la notion topographique a pris une très grande valeur.

Et s'il est difficile d'établir une dissociation des constatations radiologiques suivant l'aspect général ou l'évolution clinique, la localisation permet une orientation précise du diagnostic, du pronostic, de la conduite thérapeutique. Il est en effet malaisé d'affirmer les critères de bénignité suivant l'allure générale des modifications radiologiques; elles revêtent une morphologie superposable quels que soient le siège ou l'évolution clinique.

Qu'il s'agisse d'un ulcère évoluant d'un seul tenant et depuis peu, ou que dans le passé digestif on retrouve une évolution cyclique qui vient de subir un tournant avec aggravation progressive ou brusque, « brûlant les étapes », ou après un long silence clinique, les aspects radiologiques peuvent être analogues.

Mais le siège d'images pouvant être apparemment superposables, a une importance capitale.

Si, en présence d'ulcères des faces de l'estomac, de la grande courbure et surtout de l'antré, on est en droit de craindre, devant une histoire relativement ancienne et aggravée, une transformation néoplasique et une malformation primitive devant une histoire récente, pour la portion verticale de la petite courbure, le cancer primitif représente une forme évolutive tardive et la dégénérescence de l'ulcère est pratiquement impossible.

Dans l'étude donc, des caractères radiologiques, si nous essayons de dégager les critères présomptifs de bénignité, autres que le siège sur la portion verticale de la petite courbure, ceci est surtout destiné à guider

notre diagnostic et notre pronostic dans les autres localisations.

Quels sont donc ces critères de bénignité, importants parce que valables quelles que soient la topographie des lésions et l'ancienneté de l'histoire clinique, révélés par la radiographie ?

Avant d'essayer de dégager tous ces critères utiles dans l'interprétation des clichés douteux, ne manquons pas d'observer que dans un certain nombre de cas la radiographie révélera des images en tous points pathognomoniques d'ulcère n'offrant aucune difficulté.

Si nous insistons davantage sur les aspects qui prêtent à discussion, c'est d'abord à cause de leur fréquence dans l'ulcère à évolution d'une seule tenue pseudograve, et aussi parce qu'ils nous permettent, débordant le cadre de notre étude, de signaler l'existence d'aspects superposables dans d'autres types d'évolution, posant à l'interprétation, des problèmes identiques aboutissant à l'établissement du diagnostic d'ulcère bénin.

Technique.

Nous n'insisterons pas sur la technique de l'examen radiologique autrement que pour rappeler qu'il doit être méthodique et complet.

Dans une maladie telle que l'ulcère, où la clinique à une valeur évocatrice majeure, il conviendra d'explorer toutes les localisations éventuelles avant de conclure à l'absence de lésions, et ceci dans un ordre précis et sous les incidences les plus favorables.

Le malade sera examiné à jeun depuis douze heures, après évacuation du liquide résiduel de stase s'il y a lieu. Une bonne radioscopie précèdera la prise des clichés.

Après avoir suivi en station debout la descente dans l'estomac des gorgées de substance opaque, on procè-

dera à l'examen en couche mince en décubitus dorsal, puis en procubitus; ensuite, après réplétion gastrique, on examinera le malade en station verticale, de face, en oblique et de profil, enfin en décubitus dorsal et procubitus, en position frontale, de profil et en oblique antérieur droit. On s'aidera de la compression dosée et de la palpation sous écran.

Analyse radiologique.

Les *images obtenues* constitueront une série dont il faudra analyser tous les caractères par comparaison entre les différents clichés, comparaison qui sera plus tard faite avec les séries suivantes au cours de la surveillance radioclinique.

Taille de la niche.

La *taille* des images lésionnelles ne donne lieu à aucune conclusion pessimiste : de nombreux travaux ont infirmé les conceptions d'ALVAREZ, CARPENTER et MAC CARTY, qui attribuaient aux niches de grandes dimensions un caractère de malignité.

La *disproportion entre la taille de la niche et la durée du temps écoulé depuis le début des troubles* est au contraire significative et plaide en faveur de l'ulcère bénin dont les dimensions augmentent parfois très rapidement.

Forme et aspect.

La niche ulcéreuse est habituellement de forme semi-circulaire un peu aplatie, peu profonde, l'axe longitudinal étant plus important que l'axe transversal.

Cependant on a observé des niches en plateau, bénignes.

La niche ulcéreuse typique est uniformément homogène, plus pâle que le contenu gastrique, s'opposant à l'aspect marécageux de la niche cancéreuse.

En cas d'ulcère à image diverticulaire, la niche a quelquefois un aspect stratifié en station debout, avec un culot de substance opaque, une couche intermédiaire de liquide gastrique et une bulle d'air.

Cependant, l'homogénéité peut être plus ou moins troublée, prêtant à confusion.

LEDOUX-LEBARD et ses collaborateurs ont décrit dans quelques cas un trait vertical, donnant un aspect de navette à l'image lésionnelle, ces niches « barrées » étant bénignes.

Fond et contours.

Le fond et les contours de la niche ulcéreuse peuvent être réguliers, nets, arrondis. Cependant, des causes multiples (turgescence, présence de grumeaux, de mucus, de fausses membranes, de petits caillots, de débris alimentaires, périgastrite, fond pancréatique), peuvent modifier cette régularité prêtant à confusion avec la niche cancéreuse.

Situation.

Sur la portion verticale de la petite courbure, le caractère additionnel de l'image, par rapport à la petite courbure, signe de bénignité s'opposant à l'encastrement de la niche néoplasique, est d'appréciation plus facile que sur la portion horizontale et sur l'angulus.

Profondeur.

La profondeur de la niche est en effet quelquefois augmentée par le spasme périulcéreux, l'œdème, la pression intragastrique, ou l'agrandissement par projection conique.

Base d'implantation.

La niche ulcéreuse s'insère sur la paroi gastrique par une base d'implantation, large, sessile ou pédiculée.

Au niveau du *collet*, il n'y a pas de plissement de la muqueuse.

Modification des bords.

De petites encoches arrondies de la petite courbure encadrent la niche ulcéreuse; elles sont dues à la saillie « en rempart » de son bord (« *ulcuswall* »).

Une bande claire, concave et semicirculaire, nettement limitée du côté de la niche, progressivement estompée vers l'estomac, borde l'ombre de la niche, si elle est vue de profil, l'entoure si elle est vue de face.

Le bourrelet de la base peut relever les bords de la niche qui prend un aspect « *en chapeau de gen-darme* ».

Ce signe (« *meniscus complex* », « *image en pes-saire* », « *signe du bourrelet* ») décrit pour la première fois par CARMAN, puis bien analysé par GUTTMAN, était autrefois considéré comme un indice certain de malignité.

En réalité, il peut également traduire le bourrelet dû à l'induration scléreuse ou à l'œdème et peut aussi être réalisé par le remplissage imparfait de l'estomac ou la compression. De plus, en cas de niche cancéreuse, les bords du bourrelet ne sont pas nets mais polycycliques et grignotés, le gros sillon clair est lui-même traversé par des taches opaques et émet des « *radicelles* » vers l'estomac (aspect en « *jante de roue* »).

Palpation sous écran.

La palpation sous écran est douloureuse en cas de niche ulcéreuse, indolore en cas de cancer.

L'estomac autour de la niche.

La *convergence des plis* de la muqueuse gastrique vers la lésion est en faveur de la bénignité et traduit

la tendance sclérosante d'un ulcère qui se rétracte et évolue vers la guérison. Cependant, c'est un signe inconstant en cas d'acuité de l'évolution d'une seule tenue, pouvant même ne pas être constaté après guérison.

Quant à l'*élargissement des plis*, il est difficile de faire la part de l'épaississement des plis de la gastrite ulcéreuse et de l'infiltration plus limitée des plis au voisinage du cancer.

L'estomac à distance.

La rigidité de la petite courbure, au voisinage immédiat de la niche, la rectitude segmentaire, la *rétraction de la petite courbure* avec enroulement et *attraction* et *excentration* du pylore, réalisant les aspects classiques d'estomac « *en bourse* » ou « *en escargot* », tous signes en faveur de l'ulcère sont souvent absents en cas d'évolution d'emblée pseudogave et d'une seule tenue, ne permettant pas un diagnostic aisé avec le néoplasme, s'il s'agit d'une niche de la petite courbure horizontale.

Sur la grande courbure, les *encoches* et *incisures réflexes spasmodiques* à bords souples, modifiées par la palpation et se reformant au même point, siégeant en face de l'ulcère, sont fréquemment observées et plaident en faveur de la bénignité. La biloculation gastrique à formation rapide est rare.

En matière d'ulcus à évolution d'une seule tenue, la tonicité et la kinésie de l'estomac, l'arrêt des contractions au niveau même de la niche, ne renseignent pas toujours sur la nature de la lésion. L'estomac peut n'être ni spastique, ni hyperkinétique, ce qui ne permet pas la différenciation avec le cancer. On voit donc, que si chaque signe radiologique, pris en particulier, peut prêter à confusion, l'analyse de leur ensemble réunit un certain nombre de critères de bénignité (disproportion entre la taille de la niche et le temps écoulé depuis

le début des troubles, régularité du fond et des contours, homogénéité de la niche et de la bande péri-ulcéreuse, image d'addition par rapport à la petite courbure, encoche de la grande courbure, et surtout siège sur la portion verticale de la petite courbure).

Le tout tranche le diagnostic en faveur d'ulcère bénin.

E. — GASTROSCOPIE.

On pourra, pour compléter les investigations, s'aider du secours de l'endoscopie dont l'appoint est loin d'être négligeable.

Cet examen aura tout d'abord une utilité négative, en ne montrant pas les aspects gastroscopiques du cancer, que CHEVALLIER décrit comme caractérisés par l'absence de gastrite rétractile, avec rigidité et aspect cartonné autour de l'ulcération d'une muqueuse sèche, pâle, sans plis, dans un « *état cartonné* » *leucoatropho-amyxique*.

L'endoscopie révélera en outre les caractères positifs de l'ulcère, bien schématisés par MOUTIER.

Ces estomacs ne montrent aucune hyperkinésie, point d'intolérance à l'air, pas de spasme du cardia ou du corps gastrique.

Le fond de l'ulcère, ovalaire, allongé selon l'axe de l'estomac, n'est ni sphacélé, ni végétant, mais recouvert d'une fausse membrane, revêtant les bosselures pancréatiques sous-jacentes; il est entouré d'un liseré carminé plus ou moins masqué par l'œdème.

Le bourrelet périulcéreux, renforcé par un infiltrat important, montre l'ulcère au fond d'un puits.

La muqueuse adjacente est lisse, plus ou moins vallonnée, quelquefois cloquée; l'ulcère se complique souvent d'une gastrite hypertrophique, à gros plis, congestive et hypermyxique.

La lésion se comble d'exsudats fibrineux, amorce d'un processus de cicatrisation.

Entre autres mérites, si la gastroscopie n'est pas toujours formelle, elle peut suivre dans ces cas l'évolution favorable vers la guérison et aider à la conduite de la surveillance radioclinicothérapeutique au cours du traitement.

F. — DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL.

Aux termes de toutes ces investigations méthodiquement et rapidement entreprises : interrogatoire minutieux, examen somatique complet, interprétation correcte des images radiologiques, aidée quelquefois du secours d'un protocole endoscopique, la présomption d'ulcus à poussée prolongée d'une seule tenue pseudo-grave prend une valeur de quasi-certitude.

Il est à peine besoin d'envisager un diagnostic différentiel et le doute ne sera pas grand devant une fausse niche due à un diverticule sous-cardiaque à une onde péristaltique immobilisée, à l'angle duodéno-jéjunal dont l'image se juxtapose à la petite courbure, ou même devant une vraie niche d'une autre étiologie (tuberculose, syphilis, schwannome, tumeur bénigne), d'abord à cause de la rareté de telles éventualités malgré des coïncidences toujours possibles, ensuite et surtout à cause de la netteté évocatrice du tableau clinique d'ulcus à évolution continue et pseudograve d'emblée, qui ne pourra guère être confondu qu'avec une symptomatologie similaire du cancer de l'estomac.

En effet, si le néoplasme gastrique est pratiquement impossible sur les deux tiers supérieurs de la partie verticale de la petite courbure, il ne faudra pas manquer de l'envisager devant des lésions du tiers inférieur de la petite courbure verticale, où le cancer est quelquefois possible (SAVY, VACHON, ROMAGNY);

il faudra cependant tenir compte de cette éventualité davantage en cas d'ulcérations des faces ou de la grande courbure et surtout, comme nous le verrons, en cas de lésions de la petite courbure horizontale et de l'antrum prépylorique. Les examens complémentaires lèvent souvent la suspicion de cancer.

Cependant, si quelquefois ni la radiographie ni la gastroscopie n'ont pu trancher le diagnostic, le « test évolutif » résoudra le problème avec certitude.

G. — TEST ÉVOLUTIF RADIOCLINICOTHÉRAPEUTIQUE.

En effet, des lésions de type cancéreux pourront malgré un traitement antiulcéreux actif avoir une tendance à l'extension; même si elles demeurent stationnaires ou ont une apparence de régression par désinfiltration de processus inflammatoires péritumoraux, elles ne disparaîtront jamais complètement.

Il n'en sera pas de même en matière d'ulcère. Là, depuis les travaux de GUTTMAN, on accorde la plus grande importance au « test évolutif ».

Il prouvera que si le tableau clinique a pu être impressionnant, il ne fallait pas le considérer comme grave. Pour l'ulcus de la petite courbure verticale, il permettra de juger rapidement de l'efficacité de la thérapeutique médicale, laquelle devra céder la place à la chirurgie en cas de non amélioration de l'état morbide général et local.

Pour les autres localisations, en cas d'absence de sédation rapide des symptômes morbides, on aura davantage la main forcée à une intervention chirurgicale, car en dehors de la persistance des troubles, il faudra craindre une transformation maligne de l'ulcère.

Avant de donner les grandes lignes de la durée et du mode de surveillance du « test évolutif », du traitement médical, des indications et techniques chirurgi-

cales, précisons que la double éventualité d'absence d'amélioration clinique et radiologique et de crainte de dégénérescence constitue l'exception, la règle générale étant la très grande et quelquefois très rapide sensibilité contrôlée au traitement actif d'une telle forme d'ulcère plus impressionnante que grave.

Ceci posé, comment conduire la surveillance de tels malades ? Une longueur variable selon les auteurs, est proposée pour la période du traitement surveillé : allant de deux à huit semaines, la majorité optant pour le chiffre de un mois, qui nous semble très logique, si l'on fait la réserve d'être plus prudent et plus attentif en cas de localisation inquiétante, plus large dans les délais en cas de lésions à siège rassurant comme la portion verticale de la petite courbure.

Pour un tel type d'ulcères : une fois le diagnostic posé, on institue un traitement médical actif pendant un mois environ, à la suite de quoi, on fait un bilan clinique et de nouvelles radiographies :

1° Si guérison complète : traitement d'entretien.

2° Si amélioration : nouvelle période de un mois de traitement surveillé.

3° Si aucune modification ou extension des lésions : chirurgie !

Pour les autres localisations et surtout pour l'ulcère de la petite courbure horizontale, on ramènera favorablement la période d'observation à trois semaines en prenant des décisions analogues suivant les trois éventualités.

Notons, bien que de tels types d'ulcères débordent le cadre de notre étude, que lorsqu'il s'agit de formes, où l'existence d'un passé digestif antérieur plus ou moins cyclique est suivie par une évolution continue et pseudograve, la crainte de transformation maligne imposera exactement la même conduite, ces ulcères relevant des mêmes indications thérapeutiques que ceux

qui nous intéressent par leur poussée prolongée et pseudograve chez un malade sans anamnestiques morbides digestifs.

H. — TRAITEMENT MÉDICAL — TRAITEMENT CHIRURGICAL.

La thérapeutique médicochirurgicale utilise les mêmes substances médicamenteuses et les mêmes techniques qu'en matière d'ulcus cyclique. Elle tire surtout son intérêt de la diligence avec laquelle elle doit être appliquée et de la précision des indications respectives de la médecine et de la chirurgie, telles qu'elles résultent d'une bonne surveillance radioclinicothérapeutique.

Ces indications sont d'ailleurs facilitées par l'extrême sensibilité des ulcères à évolution d'emblée continue et pseudograve au traitement médical.

Il faudra donc toujours instituer, dès le diagnostic posé, une thérapeutique médicamenteuse dont on jugera rapidement de l'efficacité.

La chirurgie s'adressera aux formes assez rares qui se montrent rebelles au traitement médical et aux formes à localisation suspecte (surtout antre prépylorique) dans lesquelles la thérapeutique médicale ne se révèle pas rapidement concluante.

L'intervention chirurgicale d'emblée sera l'exception : elle ne pourra guère s'adresser qu'aux hémorragies foudroyantes qui ne sont pas arrêtées par les hémostatiques ou aux perforations.

Les prescriptions du traitement médical seront les mêmes que pour tout ulcère, avec peut-être une insistance plus grande sur les notions hygiénodietétiques.

Le repos sera absolu, le malade gardera le lit si cela est possible, il aura une alimentation saine d'où seront éliminés tous les aliments toxiques ou difficiles à digérer. Le lait, les laitages, les jus de viande, les

pâtes, les confitures, seront donnés dans des proportions qui maintiennent une bonne ration calorique quotidienne.

La médication utilisera la protéinothérapie intraveineuse, la désensibilisation allergique par l'histamine, les pansements gastriques, les sédatifs nervins. Cependant, plus que le traitement étiopathogénique ou symptomatique, la thérapeutique récemment proposée par DUBARRY à l'aide de l'oxyferriscorbone sodique, nous semble avoir la double utilité de diminuer l'état inflammatoire avec quelquefois même effet curateur définitif et de préparer à une intervention chirurgicale possible.

L'état général sera pris en considération : la vitaminothérapie, les médications toniques, l'extrait hépatique seront envisagés. Les transfusions de sang conservé ou de plasma lutteront contre l'anémie, contre les hémorragies possibles, et relèveront la protidémie. Surtout le traitement médical sera suivi avec diligence et devra avoir le double but d'arrêter l'évolution de l'ulcère et de préparer à une intervention chirurgicale possible.

La chirurgie a dépassé actuellement le stade du choix entre les interventions de dérivation et celles de résection.

L'exérèse doit être appliquée à tous les cas justifiables du traitement chirurgical. Ce sera la gastrectomie large dans la plupart des cas, totale dans les cas d'ulcères haut situés.

On a proposé avec juste raison, dans les cas où l'intervention nécessaire précocement ne peut être radicale en raison de l'état général, des techniques qui permettent la mise en repos de la lésion et l'alimentation du malade par sonde digestive : telles que la gastrostomie transpylorique et la jéjunostomie.

L'essentiel dans la conduite à tenir à l'égard d'un ulcère à évolution d'emblée sévère et d'une seule tenue réside donc dans l'établissement justifié des indications

respectives de la médecine et de la chirurgie, car l'on court le risque d'une part de traiter médicalement d'une manière inefficace un néoplasme évolutif non discriminé d'une lésion bénigne et, d'autre part, d'opérer trop tôt un ulcère avec réaction inflammatoire, « à chaud » en quelque sorte.

La bonne conduite de l'épreuve de surveillance radioclinique diminue au maximum ce double risque.

CHAPITRE III

Localisations plus rares de l'ulcère gastrique à évolution d'emblée sévère et d'une seule tenue

FACE POSTERIEURE — FACE ANTERIEURE GRANDE COURBURE

Au cours de notre étude schématique du tableau clinique, des aspects radiologiques, des constatations gastroscopiques, nous avons pris comme type de descriptions l'ulcère à poussée prolongée pseudograve et d'une seule tenue siégeant sur la partie verticale de la petite courbure gastrique.

C'est la localisation la plus fréquente et aussi celle qui dicte le plus aisément la conduite à tenir au cours de son observation suivie : la clinique, aidée des investigations des rayons X et de l'endoscopie, apprécie les résultats du traitement médical, pose s'il y a lieu les indications chirurgicales, la guérison étant la règle ; le test évolutif clinicothérapeutique bénéficie d'un double caractère rassurant par l'absence de crainte d'une dégénérescence néoplasique de l'ulcère, quasi-impossible sur cette localisation, où par ailleurs le cancer primitif ne représente qu'une forme évolutive tardive.

Si les autres localisations revêtent la même allure

générale symptomatique, radiologique, gastroscopique, évolutive, elles sont plus rares et ne posent pas des indications identiques.

Mais si nous sommes obligés d'envisager à part les lésions à topographie antrale, siège d'élection du cancer et de la transformation maligne de l'ulcère, nous pouvons tout de même rattacher à l'ulcère de la petite courbure verticale, les ulcérations de la face postérieure, de la face antérieure et de la grande courbure de la partie verticale de l'estomac.

Nous intéressant surtout à des lésions d'apparition récente, nous pouvons dans une certaine mesure, éloigner là encore, la crainte de dégénérescence possible mais relativement tardive, et celle de cancer primitif, plus rare que sur l'antrum prépylorique et n'aboutissant pas d'une manière précoce à une symptomatologie aussi bruyante.

Dans l'ulcère cyclique déjà, de telles localisations sont loin d'être fréquentes par rapport à la petite courbure et au duodénum.

Dans l'ulcère d'une seule tenue évolutive, il en est de même. Si l'on peut voir donc des ulcérations de ce type sur la face postérieure, dans un nombre de cas nettement moins fréquent que sur la petite courbure, sur la face antérieure et sur la grande courbure, c'est vraiment une exception.

Les ulcères de la face postérieure bénéficient d'une plus grande proportion pour une autre raison, car ils sont de deux types : si les uns ont d'une manière primitive une telle topographie, les autres proviennent de l'extension d'ulcères siégeant initialement sur la petite courbure.

De telles situations de lésions n'impliquent d'ailleurs aucune particularité étiologique, pathogénique, anatomique, endoscopique, clinique, évolutive ou thérapeutique.

Elles tirent leur intérêt commun de la difficulté ren-

contrée quelquefois à leur mise en évidence radiologique.

Sur les faces de l'estomac, en effet, l'ulcère peut facilement être méconnu par les techniques habituelles, lorsqu'il est masqué, un examen frontal après réplétion gastrique par l'épaisseur de la couche de substance opaque, surtout s'il ne modifie ni l'aspect, ni la souplesse de la petite courbure, comme c'est le cas des « ulcères sous-tubérositaires ».

Quant à la grande courbure, outre le flou radiologique fréquent, il ne faut pas oublier que c'est la région de l'estomac la plus sujette à une compression extrinsèque qui modifie son profil radiologique, et les rares ulcères qui peuvent se greffer sur la grande courbure sont d'interprétation délicate à cause de l'aspect pseudonéoplasique qu'ils peuvent revêtir.

Mais, soulignons-le encore une fois, l'ulcère cyclique de la face antérieure et de la grande courbure de l'estomac est une rareté; à *fortiori*, l'ulcère à évolution d'une seule tenue est exceptionnel sur ces localisations.

Aussi nous ne retiendrons que les ulcères siégeant sur la face postérieure de l'estomac.

Ils ont donné lieu à de nombreux travaux : ceux de BERG, HAUSER, ALBRECHT, à l'étranger, en France, ceux de NEMOURS-AUGUSTE puis de LEDOUX-LEBARD et GARCIA-CALDERON, de DUCUING et MARQUES, en 1937, de BERNARD, de DUFOUR, en 1938, de PEYCELON et CHEVALLIER, de DUCUING et FABRE, en 1939, de HILLEMANT, Mlle MONTALANT, BOUDAGHIAN et Mlle NOUFFLARD, et de Mlle G. PANNETIER, en 1943.

Leur fréquence a été relatée diversement : tandis que BOUVERET en comptait 43 % des ulcères de l'estomac et MATHIEU 36 %, le développement de l'examen radiologique superficiel les méconnaissant souvent, a fait tomber leur taux jusqu'à 2 % avec DUVAL.

Actuellement, leur détection est meilleure et on en voit un plus grand nombre de cas. Parmi ceux-ci, un

certain nombre évoluent en une poussée prolongée pseudograve et d'une seule tenue, peut-être avec une proportion relativement plus grande que sur les autres localisations.

La topographie explique le caractère de la symptomatologie et la difficulté de détection radiologique.

Du point de vue *clinique*, en effet, il s'agit souvent d'un syndrome douloureux à type « solaire », dont l'intensité croissante est en rapport avec la péricarite postérieure et l'infiltration des plexus nerveux voisins. La souffrance est semi-tardive ou sans rythme précis par rapport aux repas. Elle a une irradiation dorsale « en broche » et s'accompagne d'une sensibilité vive des deux hypocondres.

Il y a quelquefois des vomissements.

Ces ulcères peuvent se compliquer d'hémorragies, de perforations, d'abcès sous-phréniques de l'arrière-cavité des épiploons, de pancréatite adhérentielle.

Du point de vue *radiologique*, ils se présentent sous l'aspect d'une tache suspendue, ronde, semi-lunaire ou étoilée, à contours nets ou à bords flous, parfois à type d'image lacunaire marécageuse, se projetant sur la petite courbure en oblique antérieur droit. En face de la niche, il y a fréquemment une encoche de la grande courbure.

La mise en évidence de l'image nécessite souvent des artifices de technique radiologique.

« Accrochage » d'une niche fugace au cours de l'absorption de quelques gorgées de substance opaque (LEDoux-LEBARD et GARCIA-CALDERON).

« Palpation ascendante » recommandée par KELLER, GALLY, PINKE.

« Attente de l'évacuation partielle » (NEMOURS-AUGUSTE).

« Compression dosée. »

« Utilisation de différentes incidences » :

— Incidence de profil (ALBRECHT).

— Décubitus dorsal avec l'inclinaison optima du corps qui permet de vider la face postérieure de la substance opaque tandis que la niche en contient encore (LEDOUX-LEBARD et GARCIA-CALDERON, P. DUFOR).

Bien que de tels ulcères soient toujours chirurgicaux pour DUCUING, il semble qu'un certain nombre d'entre eux soient justiciables du traitement médical, sous surveillance radioclinicothérapeutique.

Pour illustrer cette étude des ulcères de la face postérieure sous le point de vue qui nous intéresse d'évolution d'emblée d'une seule tenue, prolongée et pseudograve, nous allons relater l'observation récente d'un malade du Docteur Paul CHÊNE, intéressante à un double point de vue : tout d'abord parce que le diagnostic en a été affirmé cliniquement, ensuite parce que nous avons pu saisir la date exacte d'éclosion des signes radiologiques.

TROISIEME OBSERVATION

M. B..., industriel, âgé de quarante-neuf ans, a éprouvé pour la première fois de sa vie, à la suite d'un épisode grippal, des troubles digestifs marqués, au mois de février 1949.

Depuis trois mois maintenant, il éprouve toujours de la même manière et quotidiennement, une douleur de siège épigastrique qui se traduit par une impression de boule sur l'estomac avec sensation de torsion aiguë et irradiation transfixiante « en broche » et dans l'hypocondre droit, trois heures après les repas au début, actuellement presque continuellement.

La douleur est soulagée très passagèrement par l'ingestion des aliments sans être influencée par leur choix.

Elle s'accompagne d'un hoquet douloureux presque continu à certains jours et ne cédant que très difficilement aux anti-spasmodiques.

L'appétit est conservé, mais modéré par crainte de la souffrance.

L'altération de l'état général a été rapide, se manifestant par une grande asthénie et un amaigrissement de 10 kgs, ramenant le poids ancien de 68 kgs à un poids inférieur à 58 kgs.

Le Docteur VANBOCKSTAEL, médecin traitant, adresse alors le malade au Docteur P. CHÊNE qui a la surprise de constater au cours d'un examen radioscopique minutieux une parfaite intégrité de l'image gastroduodénale.

Cependant, le diagnostic d'ulcère à évolution impressionnante et d'emblée continue, lui semble cliniquement possible et il augure de la manifestation éventuelle de signes radiographiques révélateurs, peut-être méconnus par la radioscopie (ce qui ne manque pas de se produire). Enfin, il n'écarte pas la possibilité de complications.

En effet, une semaine après, le matin du 20 avril, le malade a un vomissement où se mêlaient à des débris alimentaires trois gros caillots de sang noir.

Cette hématomérose d'ailleurs unique, a été précédée et suivie pendant trois à quatre jours, chaque fois, par l'exonération de matières noires, traduisant une hémorragie intestinale à type de mœlena.

Depuis, le malade a une fièvre vespérale à 39°, son état général décline encore et il restreint son alimentation devant la crainte d'une nouvelle hémorragie.

Après transfusion d'urgence de sang frais, le Docteur VANBOCKSTAEL décide l'hospitalisation

Le malade entre dans le service le 8 mai 1949.

L'examen physique réveille une sensibilité douloureuse de l'épigastre.

Les examens préopératoires donnent les résultats suivants :

Numération :

	le 9-5-49	le 17-5-49 (après transfusion)
Hématies.	2.900.000	3.200.000
Leucocytes	9.600	9.600

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles .	70 %	71 %
Polynucléaires éosinophiles .	2 %	2 %
Petits lymphocytes	12 %	12 %
Grands lymphocytes	10 %	9 %
Monocytes	6 %	6 %

Le tubage gastrique retire à jeun 55 cc. de liquide résiduel, il montre une absence d'acide chlorhydrique libre et un taux de 0,80 % d'acide chlorhydrique combiné.



Observation n° 3
Première radiographie — 10 mai 1949

La radiographie pratiquée le 10 mai 1949 montre un estomac hypotonique s'évacuant avec retard, avec irrégularité et rigidité de la petite courbure verticale, en examen frontal.



Observation n° 3
Deuxième radiographie — 21 mai 1949

De profil et en oblique antérieur droit, se projette sur toute la longueur de la petite courbure verticale, une niche encastrée, à contours légèrement irréguliers, d'opacité homogène, encadrée par deux encoches supérieure et inférieure arrondies.

Il s'agit d'une niche géante de la face postérieure de l'estomac, extensive et débordante sur la petite courbure.

De siège particulièrement rassurant, malgré son irrégularité et son encastrement apparent, cette niche est présumée de nature ulcéreuse.

On met en œuvre un traitement médical actif dont on exclut rapidement la protéinothérapie en raison de la fièvre et où l'on utilise la génésérine dans un but sédatif et l'oxyferriscorbone sodique dans un but désinfiltrant.

Le 16 mai, le malade encore fébrile, remonté par les transfusions sanguines et l'extrait de foie, moins asthénique ne souffrant plus, élargit son alimentation.

On conduit la surveillance du malade par l'épreuve radio-clinicothérapeutique en se promettant de faire de nouveaux clichés dans quelques jours.

Une radiographie, du 21 mai 1949, reproduite ci-contre, montre que la niche n'a subi aucune tendance à la régression et fait pencher la décision vers une solution chirurgicale.

CHAPITRE IV

L'ulcère à évolution d'emblée sévère et d'une seule tenue à localisation prépylorique

L'ulcère à poussée prolongée pseudogave et d'une seule tenue, à localisation prépylorique, a les mêmes caractères généraux que sur la petite courbure verticale.

Cependant, cette topographie pose des problèmes spéciaux. L'antrum prépylorique, en effet, est le siège d'élection du cancer. L'ulcère peut s'y greffer et dégénérer.

Aussi comme la forme d'ulcus que nous isolons a une symptomatologie qui se rapproche par plus d'un point de celle du néoplasme, la surveillance de tels malades aura un caractère plus impérieux.

Sans être systématiquement interventionniste, il faudra conduire avec diligence l'épreuve radioclinico-thérapeutique.

Il vaudra mieux en raccourcir le délai : traiter médicalement d'une manière énergique, faire un bilan radiologique et clinique au bout de trois semaines.

1° Si aucune amélioration ou extension des lésions, opérer.

2° Si légère amélioration : nouvelle épreuve de trois semaines.

3° Si guérison : traitement de consolidation.

Pour conduire une telle épreuve, il nous semble préférable de garder le malade en milieu hospitalier.

L'hospitalisation donnera la certitude du repos et de la diététique, évitera les déplacements à un malade souvent fatigué, facilitera les examens complémentaires et permettra une bonne préparation à une intervention chirurgicale possible. La conduite à tenir, on le voit, est donc tout entière dictée par la préoccupation du diagnostic différentiel.

En effet, il est souvent difficile d'affirmer avec certitude, en cas de localisation prépylorique, le diagnostic d'ulcère bénin.

La *clinique* ne donne pas d'orientation certaine dans ce cas d'évolution continue et pseudograve.

La *radiographie* sera d'interprétation délicate, car il n'y a plus ce critère majeur de bénignité qu'était le siège des lésions sur la partie verticale de la petite courbure.

Par ailleurs, les caractères de l'image radiologique prêtent souvent à confusion :

C'est ainsi que l'œdème de l'antré peut modifier l'homogénéité et la régularité d'une niche ulcéreuse qu'il est plus malaisé d'apprécier s'il s'agit d'une image d'addition par rapport à la petite courbure, la ligne du contour gastrique précisant l'encastrement étant plus difficile à retracer.

La *gastroscopie* ne sera pas toujours formelle et la crainte de dégénérescence n'est pas à écarter. Dans une telle localisation, tout conduit donc à la surveillance stricte du malade.

Nous allons retracer, pour éclaircir ces notions, deux observations :

Le premier malade était porteur d'un double ulcère des faces de l'antré prépylorique à type de « kissing ulcer » perforé et bouché en avant par le foie, en

arrière par le pancréas. La radiographie délicate d'interprétation a conduit le Docteur Jean-Louis LORTAT-JACOB à une intervention curatrice.

La deuxième observation est celle d'un malade chez lequel la radiographie montrant une image diverticulaire, nettement extériorisée par rapport à la petite courbure, malgré la suspicion apportée par l'aspect de sa base d'implantation, a permis au Docteur Paul CHÊNE, de présumer du diagnostic d'ulcère bénin, confirmé histologiquement, après intervention.

QUATRIEME OBSERVATION

En pleine période de santé (certes relative chez un sujet fragile comme nous le préciserons plus loin en rappelant ses antécédents morbides extra-digestifs qui ont contribué à l'affaiblissement de son état général), en période de santé relative donc, M. G..., âgé de soixante-deux ans, chirurgien-dentiste, accuse brusquement, en novembre 1948, des troubles digestifs.

Il se plaint de douleurs épigastriques à type de crampes ou de simple pesanteur survenant quotidiennement avec une intensité inégale, trois heures après les repas.

Elles se sont accompagnées, quelques jours après et d'ailleurs une seule fois, de vomissements alimentaires, puis d'un épisode diarrhéique, sans modification de coloration de selles.

Cependant plus que par ses troubles digestifs, le malade est inquiété par l'altération de son état général.

De plus en plus asthénique, il est obligé d'interrompre toute activité au cours du mois de décembre 1948.

Il pâlit, il a mauvaise mine, il se sent faiblir et il maigrit d'une manière impressionnante.

Son appétit est conservé, mais il ressent un dégoût électif pour certains aliments, en particulier pour les viandes, ce qui ne lui donne que peu de plaisir à se nourrir.

Vers le 15 novembre, on pratique un examen radiographique qui ne montre aucune lésion de l'estomac.

L'examen physique étant négatif, on interroge les antécédents morbides. On y retrouve une poussée de rhumatisme articulaire aigu, sans complication cardiaque et une laryngite striduleuse dans l'enfance. En 1918, à Salonique, le malade contracte le paludisme, puis traverse un épisode diarrhéique dysentérique, tous troubles qui s'amendent à son retour en France.

Depuis une vingtaine d'années, il souffre d'une néphrite chronique avec poussées d'œdèmes, et depuis 1931 d'un diabète fruste.

Le malade, qui s'est soumis à une diététique disciplinée, supporte son état, mais au cours de la période de privation de la dernière guerre, il s'affaiblit et maigrit lentement. Il pesait 80 kgs avant la guerre, mais il ne pourra jamais plus retrouver ce poids.

Au cours de sa maladie actuelle, précédée par cet affaiblissement, devant la discrétion des troubles digestifs, c'est surtout par la crainte d'aggravation de son diabète ou de sa néphrite chronique que l'on est préoccupé.

En même temps qu'on lui administre un traitement tonique pour son état général, on lui prescrit un régime équilibré dépourvu de sel et d'hydrates de carbone, sous contrôle d'examen de laboratoire.

La glycosurie est de : 49,60 gr. par litre d'urine le 1^{er} décembre 1948; 52 gr. le 20 décembre 1948; 35 gr. le 3 janvier 1949; 10,30 gr. le 13 janvier 1949; 3,50 gr. le 18 janvier 1949.

La glycémie est de : 3,70 gr. par litre de sang le 20 décembre 1948; 1,35 gr. le 14 janvier 1949; 1,68 gr. le 18 janvier 1949.

L'albuminurie est de : 0,30 gr. par litre d'urine le 20 décembre 1948; 0,27 gr. le 3 janvier 1949; presque nulle le 13 janvier 1949; 0,50 gr. le 18 janvier 1949.

L'urée sanguine est à un taux de : 0,33 gr. par litre de sang le 14 janvier 1949; 0,42 gr. le 18 janvier 1949.

La réaction sérologique de Bordet-Wassermann est négative.

Les corps cétoniques se sont toujours révélés absents dans les urines.

Les examens hématologiques révèlent une anémie hypochrome avec polynucléose.

	le 20-12-48	le 18-1-49
Protides totaux		74 gr. ‰
Hémoglobine	55 ‰	40 ‰
Valeur globulaire	0,74 ‰	0,62 ‰
Hématocrite (vol. globulaire) .		25 ‰

Numération :

Hématies	3.700.000	2.900.000
Leucocytes	8.350	1.200

Formule leucocytaire :

Polynucléaires neutrophiles ..	85,5 ‰	75 ‰
Polynucléaires éosinophiles ..	0,5 ‰	2 ‰
Petits lymphocytes	4,5 ‰	13 ‰
Grands lymphocytes	6 ‰	5 ‰
Monocytes	3 ‰	5 ‰
Myélocytes neutrophiles	0,5 ‰	

L'état général du malade va en déclinant, tandis que les troubles digestifs bien qu'atténués sont continus et ne s'amendent pas. Il s'agit d'une poussée traînante, continue, qui fait réclamer un nouvel examen radiographique pratiqué le 17 décembre 1941 par le Docteur JOULIA.

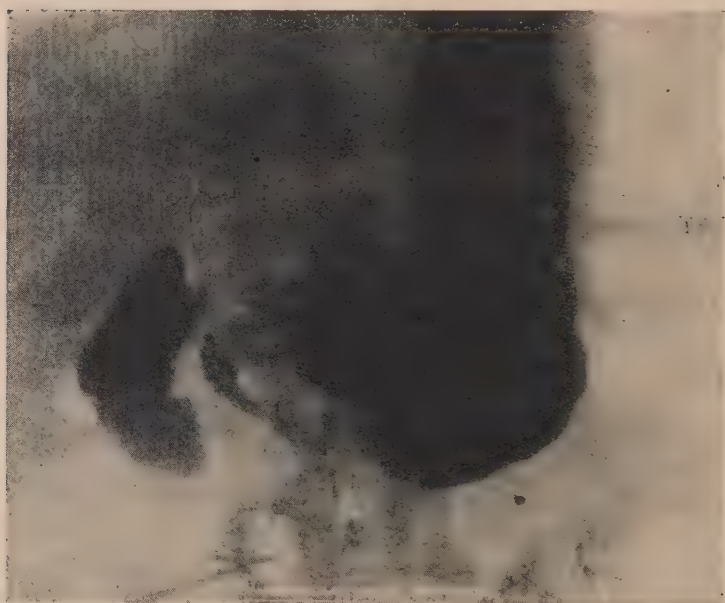
La radiographie montre un estomac hypotonique se vidant avec un retard considérable et surtout une image lacunaire de l'antrum prépylorique, occupant presque tout ce segment, à contours anfractueux, à opacité non homogène, entourant une zone arrondie de la dimension d'une pièce de cinq francs, injectée par la baryte, plus opaque et pseudo-diverticulaire.

Sur la vue de cette image faisant suspecter un gros cancer de l'antrum de l'estomac, le Docteur BONDUELLE décide de confier le malade au Docteur J.-L. LORTAT-JACOB et l'hospitalisation est décidée pour le 17 janvier 1949.

L'examen somatique physique est négatif mais la déshydratation est marquée, l'amaigrissement aussi, le malade ne pèse plus que 62 kgs.

Après examens pré-opératoires, on procède à une rapide préparation du malade à l'opération avec surtout transfusions de sang et insuline. Cette dernière est d'ailleurs donnée à un taux légèrement fort, car le malade fait le matin de l'intervention un coma hypoglycémique d'où on le tire très facilement.

L'opération est pratiquée le 24 janvier 1949 :



Observation n° 4
Radiographie pré-opératoire — 17 décembre 1948

Compte rendu opératoire :

Médiane sus-ombilicale, un peu de liquide citrin dans le péritoine.

Adhérences de l'estomac au péritoine antérieur au ligament rond et à la face inférieure du foie par une zone indurée de la dimension d'une pièce de dix francs.

L'estomac fait corps avec l'isthme du pancréas par sa face postérieure et à travers la paroi antérieure on sent un vaste cra-

tère postérieur, auquel correspond d'ailleurs une infiltration du mésocôlon transverse et de l'angle duodéno-jéjunal.

On note de l'œdème des mésos, quelques ganglions inflammatoires.

Au total, malgré le bloc pancréatique, on pense plus à un ulcère géant à évolution aiguë.

On entre délibérément dans l'estomac au ras de la zone ulcéreuse. On s'aperçoit alors qu'il y a un double ulcère à type de « kissing ulcer. », un antérieur perforé dans le foie, un très creux et grand, postérieur, perforé dans le pancréas.

Libération rétrograde du duodénum.

Section, enfouissement, trois plans lin.

Puis résection gastrique 2/3 et anastomose Polya, deux plans lin.

Fixation de la brèche mésocolique en avant.

Paroi nylon. Un drain n° 30.

L'examen histologique* pratiqué par le Docteur DUPERRAT confirme la bénignité :

Ulcère postérieur : les coupes montrent un énorme tissu calleux sous-jacent à l'ulcère. La muqueuse des berges est le siège d'une réaction adénomateuse. Pas de dégénérescence.

Ulcère antérieur : on ne retrouve pas de tissu hépatique, mais un tissu fibreux, compact, comportant un certain nombre de névromes.

Un ganglion : prélevé, se révèle purement inflammatoire.

Les suites opératoires sont simples.

Le malade quitte l'hôpital le 4 février 1949 pour une convalescence qui s'avèrera rapide.

Au mois de mai, il nous donne de ses nouvelles qui sont excellentes.

CINQUIEME OBSERVATION

Monsieur P..., âgé de quarante-cinq ans, est adressé d'urgence au Docteur Paul CHÊNE par le Docteur LIBARELLI, le 27 janvier 1949.

Depuis trois semaines, sans jamais avoir rien ressenti de digestif auparavant, il accuse de violentes douleurs à l'épigastre ayant débuté brusquement.

Ces douleurs très vives ont un horaire tardif (quatre heures après les repas) et réveillent le malade la nuit.

Elles sont quotidiennes, non influencées par le choix des aliments, mais calmées par leur ingestion.

L'examen montre une sorte de résistance douloureuse, évoquant une tuméfaction profonde de la région sous-ombilicale.

Rien de notable aux autres appareils.



Observation n° 5

Radiographie pré-opératoire — janvier 1949

Les *radiographies* montrent un estomac vide, à jeun, de dimensions normales, présentant sur la petite courbure de l'antrum et mordant sur l'ombre de ce segment une volumineuse niche ovaire encastrée dans une zone pseudolacunaire à bords dégradés.

L'intervention est décidée.

Les examens pré-opératoires ne montrent aucune particularité.

L'opération est pratiquée par le Docteur LÉANDRI.

Il s'agit d'un volumineux ulcère de la face antérieure de l'ancre, dont le cratère de la largeur d'une pièce de cinq francs est perforé au milieu d'un important magma d'adhérences inflammatoires contre la paroi abdominale antérieure qui en constitue le couvercle.

L'opérateur est obligé de réséquer en « sculptant » un morceau du muscle grand droit.

Il n'y a pas de ganglion.

L'ensemble ne présente aucun caractère de malignité, comme le montre la photographie reproduite ci-contre.



Observation n° 5
Photographie de la pièce

CHAPITRE V

L'ulcère à évolution d'emblée sévère et d'une seule tenue à localisation duodénale

Il est incontestable que l'ulcère à localisation duodénale peut également se manifester par une évolution d'emblée continue et pseudograve.

La *clinique* seule ne pourra d'ailleurs pas préjuger de la topographie, car la symptomatologie est analogue à celle de l'ulcère de l'estomac.

Ce sont des malades qui se plaignent d'un syndrome douloureux épigastrique pour la première fois d'une manière continue et impressionnante.

Comme les ulcéreux gastriques, ils se subdivisent en deux catégories : ou bien ce sont des patients qui ont des douleurs vives presque continues, s'accompagnant de vomissements fréquents. Ils ne supportent aucun aliment sans souffrance. Ils perdent l'appétit, maigrissent et pâlisent.

Il s'agit de sujets pouvant être relativement jeunes, chez lesquels la gastrite et l'infection concomitante à l'ulcus duodénal prédisposent aux complications.

Ou bien ce sont des sujets âgés, asthéniques, ayant des douleurs atténuées, chez lesquels c'est l'altération de l'état général qui est impressionnante.

La *radiographie* précisera le siège des lésions et offrira à considérer des images superposables à celles des ulcères cycliques. La technique radiologique sera la même et utilisera la position debout sous compression dosée (H. BÉCLÈRE), le décubitus dorsal ou le procubitus (GUTTMAN, LEDOUX-LEBARD, GUNSETT) et quelquefois le remplissage artificiel du bulbe par massage de l'estomac (E. BOUTON).

Les clichés pourront montrer un bulbe à bords réguliers mais avec, au centre, une niche entourée d'une zone d'œdème de la muqueuse, en cas d'ulcère des faces; sur les radiographies de profil, on voit très nettement les niches situées sur la paroi postérieure du bulbe.

D'autres fois, on aura de grosses déformations des bords donnant l'image classique avec grands diverticules de la base du bulbe.

On pourra voir également des ulcères géants où la niche permanente à contours réguliers est prise pour le bulbe.

Dans la majorité des cas, le diagnostic d'ulcère sera affirmé aisément.

Le *diagnostic différentiel* ne donne lieu à aucune difficulté. En effet, si complexe que soit la pathologie du carrefour pyloroduodénopancréaticobiliaire, elle n'offre en aucun cas à l'observation un tableau clinique douloureux continu, sans déclenchement diététique, comme dans l'ulcère du bulbe.

D'autre part, on n'aura ni la crainte d'un cancer primitif ni celle de dégénérescence de l'ulcère.

L'épreuve radioclinique aura pour seul but de juger de l'efficacité du traitement médical qui sera identique à celui de l'ulcère de l'estomac. On aura cependant à prendre dans certains cas une décision chirurgicale, car l'ulcus bulbaire semble plus fréquemment que celui de l'estomac se compliquer d'hémorragies graves ou de perforation.

L'intervention sera toujours une gastroduodénectomie sauf en cas de gravité de l'état général, où il faudra dans un premier temps se contenter de la suture de la perforation ou de la ligature des vaisseaux qui saignent.

Nous allons relater une observation d'ulcère duodénal ayant revêtu une allure d'acuité évolutive intéressante.

C'est une malade chez laquelle le Docteur LORTAT-JACOB a eu l'occasion, au cours de l'intervention pour un ulcus de la face antérieure du bulbe, de constater la parfaite intégrité de la paroi postérieure, sur laquelle s'est greffé un ulcère ayant évolué en six semaines vers l'hémorragie et la perforation dans le pancréas.

SIXIEME OBSERVATION

Madame F..., âgée de soixante-sept ans, est suivie par son médecin pour ulcère duodénal.

Le 29 septembre 1948, elle fit un syndrome de perforation en péritoine libre qui entraîna l'intervention chirurgicale huit heures environ après le début des accidents.

Nous pratiquons cette intervention et trouvons un ulcère perforé de la face antérieure de la première portion du bulbe duodénal, à bord calleux et de la dimension d'une pièce de cinquante centimes.

Nous constatons, et ce point mérite d'être mis en évidence, l'absolue souplesse du reste du duodénum et de la tête du pancréas. Cette souplesse et une légère infiltration œdémateuse des tissus et des mésos rendent très aisée une légère attraction des lésions vers la ligne médiane simplifiant ainsi l'aveuglement de la brèche duodénale par suture en deux plans.

Cette impression de mobilisation aisée est à ce point nette que nous sommes tentés par la gastrectomie d'emblée qui s'avère devoir être très facile.

Toutefois, en raison d'un état cardiaque déficient signalé par

le médecin et d'un état général médiocre (des hémorragies ont précédé la perforation), on diffère l'exérèse.

Les suites sont simples et la malade sort de la clinique après une dizaine de jours.

Quinze jours s'écoulent ensuite au cours desquels la malade reprend des forces et commence à s'alimenter normalement.

Trois semaines plus tard, son médecin nous fait savoir que la malade vomit de temps en temps et que la perméabilité pylorique semble défectueuse, ce qui nous étonne car l'obstruction de la perforation duodénale a été correctement exécutée selon une perpendiculaire à l'axe pyloroduodénal. Puis bientôt, outre les vomissements de plus en plus fréquents, la malade souffre intensément et presque constamment. Son état général décline rapidement malgré une thérapeutique médicale active avec antispasmodiques. Seuls passent et inconstamment les liquides. Le 6 décembre 1948, malgré l'état précaire et une courte préparation générale, nous faisons une nouvelle laparotomie.

Nos constatations furent les suivantes :

La zone ulcéreuse, précédemment suturée, présente un aspect cicatriciel avec quelques brides épiploïques convergeant vers elle.

Par contre, il n'est plus question de ce bloc duodénopancréatique parfaitement souple et rendant tentante la gastrectomie. Il y a au contraire un énorme bloc, comme un poing, cachant le pédicule hépatique, infiltrant la tête du pancréas, et les bords du duodénum sont difficilement reconnus. A travers la face antérieure de celui-ci, autrefois perforé, relativement souple, on sent une ulcération considérable pour une ulcération duodénale, de la taille d'une pièce de deux francs, développée aux dépens de la face postérieure du bulbe.

Malgré les risques cette fois plus grands du point de vue général et local surtout, que ceux refusés deux mois auparavant, nous rejetons la gastrectomie simple en raison des petites hémorragies intestinales répétées que la malade avait eues et nous préférons encore à une gastrectomie pour exclusion dont nous nous méfions toujours, une gastrectomie méthodique, difficile, mais enlevant l'ulcère. Celle-ci est faite, en utilisant la technique de duodénectomie rétrograde que nous avons décrite en 1943 dans

un rapport à l'Académie de chirurgie et dans la thèse de notre ami MAIGNAN.

Le cholédoque peut être repéré et garé, et la gastrectomie type Polya se déroule sans incidents sous anesthésie avec intubation trachéale et perfusion sanguine.

En dix jours, la malade est rétablie. Depuis, elle semble guérie, digère et engraisse.

Nous pouvons dans ce cas conclure à la formation et à l'évolution aiguë avec hémorragies et perforation dans le pancréas, en six semaines, d'un ulcère de la face postérieure du bulbe duodénal.

Nous rapprocherons de cette observation celle d'un malade du Docteur MULLER, de Vincennes, pour lequel le Docteur Paul CHÊNE a été appelé en consultation; déjà publiée en 1936 dans la thèse de G. MERCADIER (« Contribution à l'étude de l'ulcère gastroduodénal chez les gens âgés. L'ulcère jeune chez les vieux »), c'est l'histoire d'un ulcère de la face antérieure du bulbe, cataclysmique, à évolution ultra-rapide, chez un sujet sans passé digestif.

Ce type d'évolution l'a fait rattacher par JACQUELIN et GANDY aux formes « d'ulcères térébrants à évolution continue et rapide » que ces auteurs ont isolées et présentées à la séance du 10 février 1936 de la Société de Gastro-entérologie.

SEPTIEME OBSERVATION

M. Fou..., âgé de soixante-dix ans.

Vieillard très vigoureux et très actif, menant une vie régulière de petit rentier.

Aucune maladie antérieure, sauf crises de rhumatisme articulaire aigu peu ou pas traitées.

Ne fume pas, ne boit pas.

A un appétit régulier sans excès alimentaires.

Il prend soin de sa santé et est visité régulièrement par son médecin tous les trois mois depuis 1931.

A une vieille cardiopathie aortique bien compensée, d'origine rhumatismale probablement (B. W. négatif, a eu deux crises de rhumatisme articulaire aigu entre dix-huit et vingt ans). Aucun passé gastrique, n'a jamais souffert de l'estomac avant la fin novembre 1935, époque à laquelle il a commencé à maigrir, à diminuer progressivement son alimentation parce qu'il ressent des crampes douloureuses de plus en plus violentes dans la région épigastrique.

Ces douleurs surviennent environ quatre heures après les repas, d'abord après le repas de midi, puis après celui du soir, le malade étant tiré de son sommeil vers minuit par des crises douloureuses.

Ces crises douloureuses surviennent d'abord tous les deux ou trois jours, puis deviennent plus fréquentes.

Il n'y a pas de vomissements ni de mœlena.

Le 3 décembre 1935, le malade est mis à un régime alimentaire sévère et au traitement suivant :

Teinture de belladone et pansements gastriques.

Il s'ensuit une disparition complète des crises douloureuses épigastriques.

Le 20 décembre, le malade abandonne son traitement et reprend une alimentation normale.

Dans la nuit du 24 décembre, après un petit réveillon, le malade est pris d'une violente crise douloureuse épigastrique avec hématomèse abondante (deux cuvettes d'un liquide couleur de suie dans lequel nagent des débris alimentaires).

Son médecin qui ne l'avait pas vu depuis le 15 décembre, est appelé et est frappé par sa pâleur intense et son amaigrissement prononcé.

Les crises douloureuses épigastriques sont à irradiation postérieure transfixiante avec point douloureux persistant entre les crises à la pointe de l'omoplate gauche.

Mis à un régime très sévère avec reprise du traitement médical, il se produit une amélioration notable pendant huit jours mais,

à partir du 3 janvier 1936, trois ou quatre heures après l'absorption de n'importe quel aliment (bouillie légère, bouillon de légumes, les douleurs épigastriques réapparaissent très violentes, non calmées par l'absorption d'alcalins et s'atténuent spontanément au bout de deux heures.

Il n'y a pas de vomissements.

Il existe des mœlena typiques.

Les 8, 9, 10 janvier, les crises douloureuses nocturnes sont calmées par des vomissements noirâtres, relativement peu abondants.

Il existe toujours du mœlena.

L'urée sanguine est à 0,57 ‰.

Les crises douloureuses ne sont pas calmées ni les vomissements par les injections de sulfate d'atropine.

L'anémie et l'amaigrissement sont de plus en plus prononcés.

On pratique des injections d'hépatol et d'anthéma.

Le 13 janvier 1936, le malade a, devant son médecin, un vomissement très abondant d'un liquide noirâtre.

On décide un examen radiographique d'urgence et en raison de l'état alarmant du malade, une intervention chirurgicale est envisagée.

Le 14 janvier, le Docteur CHÊNE, appelé en consultation, pose le diagnostic d'ulcus pylorique probable à marche ultra-rapide. Le diagnostic de cancer est écarté en raison de la rapidité d'évolution des accidents et de l'absence absolue de passé gastrique.

Le 14 janvier, le malade a une syncope au moment de partir et l'examen radiographique ne peut être pratiqué en raison de la faiblesse.

On administre des tonicardiaques, du sérum glucosé.

Le 17 au matin, hématomèse très abondante de sang noirâtre.

L'anémie est très prononcée. Il y a toujours du mœlena.

Une intervention est décidée après transfusion préalable et administration de tonicardiaques et de sérum glucosé.

Le 18 janvier 1936, intervention chirurgicale par le Docteur LECŒUR. Anesthésie locale puis générale. Intervention mouve-

mentée avec syncope ayant nécessité une injection intraveineuse d'adrénaline et une transfusion d'urgence pendant l'opération.

On trouve un ulcère de la face antérieure du bulbe duodéal sur le point de se perforer.

On pratique une gastroentérostomie.

Les suites opératoires sont normales et le malade sort de la clinique dans un état très satisfaisant le 8 février 1936.

Conclusions

Ainsi, notre étude nous a conduits à l'isolement justifié par la pratique gastro-entérologique d'une catégorie spéciale d'ulcus à aspect évolutif trompeur posant des problèmes angoissants quant à l'attitude à prendre à leur égard.

Pour ce faire, nous avons été amenés à sérier les faits en matière de maladie ulcéreuse, en allant du général au particulier et du schématique à l'atypique, ce qui nous fait aboutir aux conclusions suivantes :

1° Si l'ulcère du bulbe a une histoire habituellement cyclique, sur laquelle tranchent de très rares variétés atypiques, il n'en est pas ainsi pour celui du corps gastrique où les évolutions irrégulières sont relativement fréquentes.

2° Parmi les formes atypiques, des diverses localisations existe une variété évoluant d'une seule tenue, marquée parfois par des accidents graves donnant une allure évolutive sévère au processus ulcéreux.

3° Déjà, en 1936, JACQUELIN et GANDY ont insisté sur cette variété et en ont proposé et admis l'individualisation sous le nom « *d'ulcère à évolution maligne précoce* », ou « *d'ulcères térébrants à évolution rapide et continue* ».

GUTTMAN, par contre, les tient pour de simples poussées initiales impressionnantes d'ulcères ordinaires. Ce sont pour lui des « *ulcères à début atypique d'apparence grave* ».

4° Le processus évolutif n'est d'ailleurs pas toujours inexorable, grevé de complications, nécessitant le recours à une intervention chirurgicale précoce. Il s'agit plus souvent d'ulcères qui sont très sensibles au traitement médical actif malgré la symptomatologie évolutive impressionnante.

Ces ulcères s'offrent à l'observation sous trois modalités bien schématisées par GUTTMAN :

a) Une « *forme subaiguë pseudomaligne* » où à l'altération de l'état général s'ajoutent des signes fonctionnels d'intensité moyenne;

b) Une « *forme asthénique* » où le cortège impressionnant de troubles généraux est accompagné de symptômes fonctionnels atténués;

c) Une « *forme intensément douloureuse* » enfin, où coexiste avec la violence des signes attirant l'attention sur l'estomac, l'affaiblissement de l'organisme entier.

5° Du point de vue pratique, c'est la distinction topographique, qui dans ces formes à évolution d'emblée sévère et d'une seule tenue, permet de différencier les problèmes cliniques et thérapeutiques.

a) Quand l'ulcère pseudogave siège sur la petite courbure verticale de l'estomac ou sur la face postérieure de son versant gastrique, l'évolution d'un seul tenant n'a en fait rien pour surprendre tant l'évolution des ulcères de la partie verticale n'a rien de strictement régulier.

Le doute s'élève dans l'esprit lorsqu'au cours de cette évolution pseudomaligne la niche prend des proportions impressionnantes.

Cependant, le siège topographique autorise à préjuger de la bénignité.

b) Lorsqu'une telle évolution coexiste avec une niche énorme d'allure encastrée, ou entourée d'un halo, siégeant sur l'ombre prépylorique, la fréquence en ce

point des cancers ulcérimformes soulève des problèmes pratiques beaucoup plus délicats.

c) Lorsque l'évolution pseudomaligne coexiste avec une niche bulbaire, en raison du fait que la transformation maligne n'est jamais observée, c'est la surveillance des complications éventuelles qui domine la situation.

6° L'épreuve thérapeutique et la surveillance radio-clinique doivent être relativement brèves, mais il faut toujours les tenter. sauf en cas d'accidents graves, en raison de la réalité que nous croyons devoir admettre de cette variété évolutive particulièrement impressionnante de la maladie de CRUVEILHIER-BUCQUOY.

7° L'épreuve thérapeutique sera essentiellement basée sur le repos, la protéinothérapie, la désensibilisation, les pansements gastriques, mais surtout sur une médication désinfiltrante (oxyferriscorbone sodique).

Le moment critique pour la décision chirurgicale est celui où l'on hésite entre la crainte d'attendre trop longtemps en laissant évoluer une lésion maligne et le risque indiscutable d'une intervention pratiquée en quelque sorte « à chaud », sur un ulcus infiltrant associé à une grosse gastrite.

8° Du point de vue étiopathogénique, en dehors des problèmes de l'ulcère en général, le développement de ces formes semble lié à une déficience particulière du terrain débilité par l'âge, une insuffisance cardiaque, hépatorénale ou une grippe, ou carencé par les privations et le déséquilibre alimentaire.

Vu, le Doyen :
BINET

Vu, le Président de Thèse :
DE GAUDART D'ALLAINES

Vu et Permis d'Imprimer,
Le Recteur de l'Académie de Paris :

SARRAILH

Bibliographie

- ALVISATOS (André S.). — Un cas de sténose médiogastrique d'origine ulcéreuse à évolution rapide. (*Archives Mal. App. Digestif.*, t. XI, 1921, n° 5, p. 331 à 334.)
- BARBIER et PIGUET. — L'ulcère gastrique aigu d'origine dentaire. (*Journal Médical de Lyon*, 20 octobre 1941, p. 445.)
- BASSET (A.). — Sur un ulcère perforé et bouché de la petite courbure à évolution latente. (*Archives Mal. App. Dig.*, 1927, p. 327 à 332.)
- BAZY (Louis) et CHÊNE (Paul). — Les énigmes de l'ulcère. (*Gazette Médicale de France*, tome 53, n° 1, janvier 1945.)
- BERNARD. — Signes radiologiques de l'ulcère de la face postérieure de l'estomac. (*Le Documentaire Médical*, décembre 1938.)
- BOCCA (C.-R.) et RICO (M.). — Ulcère géant de la petite courbure de l'estomac. (*Les Cahiers de Gastroentérologie de la Gazette Médicale de France*, 15 juin 1937, p. 1 et 5.)
- BOUTON (E.). — L'ulcère aigu du bulbe duodénal. (*Bulletin et Mém. Soc. de Rad. de France*, 24, n° 226, février 1936, p. 166-168.)
- BRODIN (M.-P.) et TÉDESCO (Mme). — Ulcus de la petite courbure à niche volumineuse. Difficulté du diagnostic entre le cancer ulcéroforme et le cancer vrai. (*Arch. Mal. App. Digestif*, 1934, p. 889-894; *Soc. de G.-E.* du 11 juin 1934.)

BRULÉ (M.) et HILLEMAND (P.). — A propos du diagnostic radiologique des niches bénignes et malignes. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, séance du 28 mai 1943.)

— Les niches géantes de la petite courbure. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd. des Hôp.*, séance du 26 février 1943.)

BUSSCHER (G. de). — Plusieurs cas d'ulcères géants de la petite courbure. (*Bruxelles Méd.*, n° 23, 6 juin 1948.)

CAÏN et FACQUET. — L'ulcère de l'estomac et du duodénum chez le vieillard. (*Pratique Méd. Fr.*, 15, p. 13-20, janvier 1934.)

CHAPUY (A.). — (*Lyon Méd.*, 1936, p. 678; *Soc. Nat. de Méd. de Lyon*, séance du 12 février 1936 et séance du 12 avril 1936.)

CHERRIGIE et COTTENOT. — Ulcère volumineux de la face postérieure de l'estomac. (*Soc. d'Electroradiologie Méd. de Fr.*, séance du 12 mai 1942; *Journal de Radiologie*, 25, n° 9, p. 140, 1942-1943.)

CHÊNE (P.) et GORSE (J.). — Ulcère de la petite courbure, cinquante cas. (*Les Cahiers de Gastroentérologie de la Gazette Médicale de France*, 15 novembre 1935, p. 3 à 5.)

CHEVALLIER (R.). — La gastrite péri-ulcéreuse. Diagnostic gastrosopique. (*Journal de Médecine de Lyon*, XVIII, p. 73 à 76, 20 janvier 1936.)

CORMATS. — L'ulcère de la grande courbure de l'estomac. (*Thèse de Marseille*, 1935, n° 5.)

CHEVANNY et CHENUT. — Vaste ulcère de la partie postérieure de l'estomac. (*Bull. et Mém. de la Soc. de Méd. de Bordeaux*, 1924, p. 371 à 377.)

COURTY. — Ulcère géant de la petite courbure térébrant dans le pancréas et dans le foie. (*Société Médicale et Anat.-Clin. de Lille*, séance du 26 mai 1948; *Presse Médicale*, 1948, p. 857.)

CUVELIER (R.) et MALATRAY (H.). — (*Société de Médecine du*

Nord; Echo Médical du Nord, 7 octobre 1934, 2, p. 558-560.)

DELANNOY, HIRAUDE et LAGACHE. — Ulcère de la face antérieure. (*Soc. de Gastro-Entérol. du Nord*, 11 avril 1948.)

DELORE (X.) et HSU-PAO-Y. — A propos de deux cas d'ulcères de l'estomac. Considérations radiologiques et thérapeutiques sur l'ulcère aigu. (*Lyon Médical*, 24 mars 1935, p. 353-356; *Soc. Nat. de Méd. de Lyon*, séance du 6 mars 1935.)

DEBRAY (Ch.). — Les formes atypiques de l'ulcère de l'estomac sous le contrôle de la gastroscopie. (*Thèse de Paris*, 1937, n° 181.)

DUBARRY (J.-J.). — Traitement des gros ulcères rebelles de la portion verticale de l'estomac. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 23 et 24, décembre 1946, p. 452 à 457.)

DUBARRY et RUMEAU. — Les ulcères gastroduodénaux de la vieillesse. (*Gazette Médicale de France*, tome 53, 1946; n° 13, p. 367-371.)

DUVAL (J.). — L'ulcère de la face postérieure de l'estomac. (*Archives Médico-Chirurgicales de Normandie*, décembre 1932, p. 1649-1659.)

DUVAL (P.), GIRAULT (A.) et BÉCLÈRE (H.). — Ulcère géant de la petite courbure à évolution latente. (*Archives Mal. App. Digestif*, 1933, p. 892 à 894.)

FAGOT (H.-M.). — Contribution à l'étude clinique de l'ulcère géant. (*Thèse de Nancy*, 1920.)

FONDEVILLE (M.). — Contribution au diagnostic étiologique des niches géantes de la petite courbure. (*Thèse de Paris*, 1941.)

GANDY. — L'ulcère simple et la nécrose hémorragiques des toxémies. (*Thèse de Paris*, 1898-1899.)

GOBEAU (C.), BONTE (G.) et DUNEZ (L.). — Ulcère de la grande courbure. (*Soc. de Gastro-Entérol. du Nord*, 22 janvier 1947; *Presse Médicale*, 1948, n° 5, p. 61.)

GUTTMANN (R.-A.). — L'ulcère géant de la petite courbure. (*Les Feuillets du Praticien*, décembre 1938.)

— A propos de l'ulcère géant de la petite courbure. (*Semaine des Hôpitaux*, août 1943, p. 179-180.)

La niche géante de la petite courbure. (*Soc. Méd. des Hôp. de Paris*, 27 janvier 1939, 55, p. 77-80.)

— A propos du diagnostic différentiel entre l'ulcus gastrique et le cancer. (*Archives des Mal. de l'App. Digestif*, XXV, 1935, p. 281-288; *Soc. de G.-E.* du 14 janvier 1935.)

— Sur certains débuts atypiques d'apparence grave dans l'ulcère. (*Archives Mal. App. Digestif*, 1938, p. 1053-1060; *Soc. de G.-E.* du 11 octobre 1937.)

— Les caractères cancéreux des niches gastriques. (*Soc. de Radiol. Médicale*, 1933, p. 705.)

— Les éléments de diagnostic entre le cancer ulcériforme et l'ulcère vrai. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôpitaux*, 23 décembre 1932, p. 1696-1703.)

— Le début et l'évolution des ulcères. (*Soc. Belge de Gastro-Entérol.*, 25 janvier 1936; *Journal Belge de Gastro-Entérologie*, janvier 1936, p. 38.)

— Le cancer de l'estomac au début. Doin éditeurs.

GUTTMANN (R.-A.), BERTRAND et PÉRISTIANY. — Les syndromes douloureux de la région épigastrique. Doin éditeurs, 2 volumes.

GUTTMANN (R.-A.) et VOULPIOTIS (G.). — Le début des ulcères. (*Bull. et Mém. Soc. Méd. des Hôp.*, 16 décembre 1935, p. 1679-1683; *Bull. et Mém. Soc. de Radiologie*, 23, novembre 1935, p. 568-570.)

— L'évolution des ulcères gastriques. (*Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd. de Fr.*, XXIV, janvier 1936, p. 45 à 49.)

JACQUELIN et GANDY. — Ulcères térébrants à évolution continue et rapide sur l'estomac ou le duodénum. (*Soc. de G.-E.*

du 10 février 1936; *Arch. Mal. App. Digestif*, 1936, p. 438 à 449; *Les Cahiers de Gastro-Entérologie de la Gazette Méd. de France*, 15 juin 1936.)

LACROIX (A.) et BLONDEAU (A.). — Niche en plateau bénigne d'origine ulcéreuse. (*Soc. d'Electrologie d'Alger et d'Afrique du Nord*, 26 décembre 1936; *Soc. Fr. d'Electrologie et de Radiologie*, 25, p. 158-162, février 1937.)

LANCHOU. — L'ulcère géant de la P. C. (*Thèse de Paris*, 1939.)

LAMBLING (A.)

LAPORTE, MOREL, DARNAND et GOURDOU. — Niche gastrique géante de nature ulcéreuse. (*Toulouse Médical*, 1938, p. 347; *Soc. de Méd. et de Chirurg. et de Pharmacie de Toulouse*, janvier 1938.)

HILLEMANT et BARRÉ. — Les ulcères géants de l'estomac. (*Atlas de Radiologie Pratique*, 1946, tome 1, p. 17.)

HILLEMANT, CHERIGIE et AUDOLY. — Ulcère géant de la face postérieure de l'estomac. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 58, p. 181-182, 15 mai 1942.)

HILLEMANT et GARCIA-CALDERON. — Caractères radiologiques de l'ulcère de la petite courbure. (*Annales Médico-Chirurgicales*, 15 janvier 1937, t. II, n° 1, p. 21.)

— De l'ulcère duodénal. (*Annales Médico-Chirurgicales*, 15 mai 1937, t. II, n° 5, p. 125.)

HILLEMANT, MONTALANT (Mlle), BOUDAGHIAN et NOUFFLARD (Mlle). — Les ulcères de la face postérieure de l'estomac. (*Soc. de G.-E.* du 17 juin 1943; *Arch. Mal. App. Digestif*, 1943, p. 209.)

LEDoux-LEBARD (R.) et GARCIA-CALDERON (J.). — L'ulcère de la face postérieure de l'estomac et son diagnostic radiologique. (*La Presse Médicale*, 24 avril 1937, n° 33, p. 628-630.)

LEDoux-LEBARD (R.), GARCIA-CALDERON et NEMOURS-AUGUSTE. — L'ulcère géant de l'estomac à forme pseudo-tumorale et son diagnostic radiologique. (*Soc. de G.-E.*

du 9 février 1942; *Archives Mal. App. Digestif*, XXXI, 1942, n° 3, 4 et 5, p. 174 à 185.)

LEDoux-LEBARD (R.) et NEMOURS-AUGUSTE. — La niche géante n'est pas nécessairement cancéreuse. (*Bull. et Mém. Soc. de Radiol. Méd.*, 7 juillet 1936, p. 647-649.)

LEDoux-LEBARD (R.), CROZAT (J.) et PANNETIER (Mlle G.). — Les niches géantes de la petite courbure et la forme pseudo-tumorale des ulcères géants. (*Soc. de G.-E.* du 14 mai 1945; *Semaine des Hôpitaux*, n° 11, 21 mars 1946.)

LEMAIRE (A.) et AUSSANAIRE (M.). — Ulcères gastroduodénaux; in : *Traité de Médecine*, 1948, tome VII, p. 301.

LEPOUTRE (C.). — Hémorragies abondantes et répétées dans un vaste ulcère térébrant de l'estomac. Large gastrectomie au cours de l'hémorragie. Guérison. (*Journal des Sciences Médicales de Lille*, 51, 12 février 1933, n° 7, p. 133.)

LEVRAT et BONNET-EYMARD. — Ulcère de la face postérieure de l'estomac. (*Lyon Médical*, 1945, tome I, p. 184; *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 19 décembre 1944.)

LOICQ (R.). — Ulcère géant de la petite courbure. Volumineuse niche de Handeck. (*Journ. de Chir. et Ann. Soc. Belge de Chirurgie*, 32, février 1925, n° 2, p. 33-34.)

LORTAT-JACOB (J.-L.). — La gastrectomie totale. Exceptionnellement appliquée à deux ulcères haut situés de la petite courbure de l'estomac. (*La Presse Médicale*, 1943.)

MASSABUAU, NÈGRE et LAVAL. — Ulcère de la grande courbure. (*Société des Sc. Médicales de Montpellier (Section Chirurgie)*, 16 juin 1948; *Presse Médicale*, 1948, n° 41, p. 501.)

MATHIEU et MOUTIER. — L'ulcère géant de l'estomac. (*Archives Mal. App. Digestif*, tome X, 1919, p. 257-279.)

MÉNIER (Mlle G.). — Traitement de vingt-quatre cas d'ulcères gastroduodénaux rebelles par la ferriscorbone sodique. (*Thèse de Bordeaux*, 1944.)

- MERCADIER (G.). — Contribution à l'étude de l'ulcère gastro-duodénal chez les gens âgés. L'ulcère jeune chez les vieux. (*Thèse de Paris*, 1936.)
- MOULONGUET (M.-P.). — Ulcères aigus de l'estomac et du duodénum. (*Archives Mal. App. Digestif*, 1938, p. 59 à 67; *Soc. de G.-E.* du 28 janvier 1938.)
- MONGES. — Enorme niche gastrique. Disparition. (*Soc. de G.-E.* du 11 octobre 1937; *Arch. Mal. App. Digestif*, 1937, p. 1060 à 1062.)
- MONGES et LÈGRE. — Disparition de niches volumineuses. (*Marseille Médical*, 1937, t. II, p. 135; *Soc. de Méd. de Marseille*, 7 juillet 1937.)
- MONGES et MOSINGER. — Gros ulcus de la petite courbure pénétrant dans le pancréas. Mort subite. Importance des lésions nerveuses, gastriques et pancréatiques. (*Archives Mal. App. Digestif*, 1936, p. 954 à 965.)
- MOUTIER (F.). — Etude gastroscopique de l'ulcère géant de la petite courbure. (*Le Documentaire Médical*, avril 1936, p. 2325-2327.)
- Cicatrisation médicale des ulcères géants. (*Soc. de G.-E.* du 8 janvier 1940; *Archives Mal. App. Digestif*, 1940, p. 1013-1016.)
 - Le diagnostic de guérison de l'ulcère à la lumière de la clinique de la radiologie et de la gastroscopie. (*Arch. Mal. App. Digestif*, XXIII, 1108-1114.)
- MOUTIER et CORNET. — L'ulcération géante plate. (*Soc. de G.-E.*, 24 février 1947.)
- MOUTIER (F.) et GIRAULT (A.). — Ulcère diverticulaire de la petite courbure. Insidiosité du développement malgré de très fortes dimensions. (*Arch. Mal. App. Digestif*, 1925, p. 715 à 721.)
- MOUTIER (F.) et PORCHER (P.). — Ulcère diverticulaire. Guérison médicale sous contrôle radiologique. (*Arch. Mal. App. Digestif*, 1925, p. 944 à 949.)

- NEMOURS-AUGUSTE. — Niches bénignes et malignes. (*Soc. de Méd. de Paris*, 25 mars 1944.)
- NGUYEN-DINH-HOANG. — A propos d'un cas d'ulcère gastrique tardif. (*Arch. Mal. App. Digestif*, 1938, p. 1078 à 1082.)
- PANNETIER (Mlle G.). — Contribution à l'étude des ulcères géants de la petite courbure et de la face postérieure de l'estomac. (*Thèse de Paris*, 1943.)
- PATHAULT (B.). — Contribution à l'étude de l'ulcère de Cruveilhier. Son évolution chez les gens âgés. (*Thèse de Paris*, 1907.)
- PAUCHET (V.) et LUQUET (G.). — A propos d'un ulcus géant de l'estomac à marche rapide traité par la résection. (*Bull. Académie de Médecine*, t. 105, 1931, n° 3, 20 janvier, p. 87-89.)
- PECO (G.) et FERREIRA (F.). — Ulcera gigante de l'estomago. (*La Semana Medica*, octobre 1935; *Les Cahiers de Gastro-Entérologie*, juin 1937.)
- PÉLISSIER. — Ulcères jeunes chez les vieux. (*Thèse de Bordeaux*, 1945.)
- PÉRIER (E.-A.). — Diagnostic des niches géantes de la petite courbure. (*Journal de Médecine de Bordeaux*, n° 11 et 12, 15 au 30 juin 1942, p. 497 à 500.)
- PÉRISSEL (J.). — Essai de classification des formes cliniquement atypiques de l'ulcère gastroduodénal. (*Thèse de Paris*, 1942.)
- PETIT-DUTAILLIS. — Ulcères calleux géants des faces de l'estomac. (*Soc. de G.-E.* du 21 mars 1945; *Archives Mal. App. Digestif*, XXXIV, mars-juin 1945, p. 124 à 130.)
- PIC et CHAPUY. — Ulcère géant de la face postérieure de l'estomac. (*Lyon Médical*, 1932, p. 207; *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 15 décembre 1931.)
- RAVAULT, GIRARD et VIALLIER. — Deux cas d'ulcère géant de la portion verticale de la petite courbure à allure pseudo-

néoplasique chez des sujets âgés. (*Lyon Médical*, 1941, p. 49-56; *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 12 novembre 1940.)

RIMBAUD. — Ulcère de la petite courbure. Niche géante. (*Presse Médicale*, 1946, p. 608.)

ROUX-BERGER, LIBERT, LE ROY. — Ulcère gastrique à évolution rapide. Hémorragie suivie de déglobulisation intense. Intervention d'urgence. Guérison. (*Arch. Mal. App. Digestif*, septembre-octobre 1943, p. 268.)

SAVY (P.), VACHON (A.) et ROMAGNY (G.). — Les ulcères géants de la petite courbure. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 avril 1939, p. 249-254.)

— Aspects radiologiques pseudonéoplasiques de l'ulcère gastroduodénal. (*Journal de Médecine de Lyon*, 20 juin 1941, p. 267-272.)

SIMON, SCHAAF, BAUER. — Image radiologique de cancer pylorique chez une malade atteinte d'ulcère duodénal à fond pancréatique. (*Strasbourg Médical*, 15 mai 1933, 93, 346-347.)

SOUSTRELLE. — Ulcère calleux géant haut situé de la petite courbure. (*Lyon Médical*, 21 mars 1943, p. 234.)

TURRIES (J.). — (*Marseille Médical*, 15 décembre 1936, 2, p. 673-683.)

VACHON. — Ulcères géants cancérifformes. Fréquence actuelle. (*Lyon Médical*, 1944, tome I, p. 210; *Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 9 novembre 1943.)

VACHON, JEUNE et ROMAGNY. — (*Soc. Méd. des Hôp. de Lyon*, 3 décembre 1940.)

